

21.º
CONGRESSO
NACIONAL
DE CANCRO
DIGESTIVO

01 - 03 OUT 2025
EUROSTARS OASIS PLAZA
FIGUEIRA DA FOZ

ABSTRACT
BOOK

Organização

Grupo de Investigação



Agência oficial

factorchave
marketing integrado



CO07

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO NA UNIDADE CIRÚRGICA DE CUIDADOS INTERMÉDIOS APÓS CIRURGIA ABDOMINAL ELETIVA ONCOLÓGICA

Samuel Barbosa¹; Mafalda Pedrosa¹; Carolina Castro¹; Luís Antunes²; Rafael S. Costa³; Daniel Moreira-Gonçalves⁴; Lúcio Lara Santos¹

¹ IPO Porto; ² Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto; ³ Faculdade de Ciências e Tecnologias da Universidade NOVA de Lisboa; ⁴ Faculdade de Desporto da Universidade do Porto

CO14

CARACTERIZAÇÃO DE VIDA REAL DE DOENTES COM CANCRO DO ESÓFAGO LOCALMENTE AVANÇADO IRRESSECÁVEL EM PORTUGAL E ESPANHA (GALIZA) – O ESTUDO DIGEST

Nina Fernandes¹; Anabela Barros²; Hélder Mansinho³; Manuela Machado⁴; Ana Fernandez Montes⁵; Judy Paulo⁶; Ana Sofia Rolo⁷; Cidália Pinto⁸; Raquel Lopes Brás⁹; Elena Brozos¹⁰; Filipa Ferreira¹¹; Marta Pinto¹²; Madalena Pereira Dos Santos¹³; Sérgio Xavier Azevedo¹⁴

¹ MSD; ² Unidade Local de Saúde de Coimbra; ³ Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal; ⁴ Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga; ⁵ Complexo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense, Espanha; ⁶ Instituto Português de Oncologia Coimbra; ⁷ Unidade Local de Saúde do Alto Ave; ⁸ Unidade Local de Saúde do Algarve; ⁹ Unidade Local de Saúde de Santa Maria; ¹⁰ Complexo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, Espanha; ¹¹ Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental; ¹² Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões; ¹³ Instituto Português de Oncologia Lisboa; ¹⁴ Unidade Local de Saúde de Santo António

CO20

QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES COM METÁSTASES PERITONEAIS SUBMETIDOS A PIPAC: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO PORTUGUÊS

Rita da Silva Pinho; Maria João Oura; Daniela Gomes; Ana Paula Martins; Cristina Fernandes; Jorge Nogueiro; Tiago Machado; Marisa Aral; Bárbara Viamonte; Nuno Tavares; Andreia Costa; Andreia Coelho; Sara Meireles; Miguel Barbosa

Unidade Local de Saúde de São João

CO24

AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA E EFICÁCIA DA TERAPÊUTICA COM NIVOLUMAB ADJUVANTE NO CANCRO DO ESÓFAGO: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Alice Figueiredo; Madalena Silveira Machado; Madalena Pereira Dos Santos; Fátima Vaz

Instituto Português de Oncologia Lisboa



CO26

DESFECHOS CLÍNICOS E CUSTOS EM SAÚDE NA SÍNDROME DE CANCRO GÁSTRICO DIFUSO HEREDITÁRIO: ESTUDO MULTICÊNTRICO EUROPEU

Ricardo Amorim¹; Bárbara Peleteiro²; Daniela Duarte¹; Diana Ferreira¹; João Fonseca¹; Liliana Sousa¹; Luzia Garrido²; **Sara B. Pereira¹**; Marbelia Fernandes¹; António Moreira¹; Laura Duran-Lozano³; Adriana Costal⁴; Nuria Dueñas⁴; Patricia Faure⁵; Marion Rolain⁵; Irène Stenfors⁶; Birte B. Lundhaug⁷; Marianne T. Haavind⁷; Amalia Nanciu⁸; Mia Quante⁸; Janneke Schuurs-Hoeijmakers⁹; Jasper Verkroost⁹; Lucybell Moreira²; Maria I. Carvalho²; PREVENTABLE Health Economics Team¹⁰; PREVENTABLE Clinical Team¹¹; PREVENTABLE Consortium¹¹; Judith Balmaña³; Joan Brunet⁴; Jean-Christophe Thery¹²; Stefan Aretz⁸; Hildegunn H. Vetti¹³; Claude Houdayer⁵; Svetlana Bajalica-Lagercrantz⁶; Katja Verbeek¹⁴; Rui Sousa¹; Ana Azevedo²; Carla Oliveira¹

¹ i3S - Instituto de Investigação e Inovação em Saúde; ² Unidade Local de Saúde de São João; ³ Hereditary Cancer Genetics Group, Vall d'Hebron Institute of Oncology (VHIO), Vall d'Hebron; ⁴ Catalan Institute of Oncology (ICO)

⁵ Univ Rouen Normandie, Normandie Univ, Inserm U1245, FHU-G4 genomics, CHU Rouen, Department of Genetics, Rouen; ⁶ Clinical Genetics and Genomics, Karolinska University Hospital, Stockholm; ⁷ Western Norway Familial Cancer Center, Department of Medical Genetics, Haukeland University Hospital, Bergen; ⁸ Institute of Human Genetics, Medical Faculty, University of Bonn, & National; ⁹ Department of Human Genetics, Radboud university medical center, Nijmegen, 6525 GA, Nijmegen; ¹⁰ Division of Health Research, Lancaster University, Bailrigg, Lancaster; ¹¹ UE; ¹² Univ Rouen Normandie, Normandie Univ, Inserm U1245, FHU-G4 genomics, Center Henri Becquerel, Department of Medical Oncology, Rouen; ¹³ 11Western Norway Familial Cancer Center, Department of Medical Genetics, Haukeland University Hospital, Bergen; ¹⁴ Department of Human Genetics, Radboud university medical center, Nijmegen, 6525 GA, Nijmegen,

CO28

IMPACTO DA IDADE NA EFICÁCIA E SEGURANÇA DO TRATAMENTO COM TRIFLURIDINA-TIPIRACIL COM OU SEM BEVACIZUMAB EM DOENTES COM CARCINOMA COLORRETAL METASTÁTICO

Rafael Marques¹; Maria João Oura²; Joana Melo¹; Filipe Veiga¹; Rita Aranha¹; Inês Brandão Rêgo²; Catarina Rodrigues¹; Manuela Machado¹

¹ Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga; ² Unidade Local de Saúde de São João

CO33

MORBIMORTALIDADE E CUIDADOS DE SUPORTE EM DOENTES COM CANCRO DO ESÓFAGO SUBMETIDOS A QUIMIO-RADIOTERAPIA NEOADJUVANTE

Madalena Silveira Machado; Margarida Quinto Pereira; Rita Sobral; Alice Figueiredo; Catarina Relvas; Bernardo Alves Pereira; Ana Carla Luís; Isália Miguel; Pedro Freitas; João Oliveira; Madalena Pereira Dos Santos; Fátima Vaz

INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

CO36

RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA NO TRATAMENTO DE METÁSTASES HEPÁTICAS DE CARCINOMA COLORRETAL - ESTUDO RETROSPECTIVO NUMA INSTITUIÇÃO

Miguel Catalo; Olga Sousa; Isabel Rodrigues; Eduardo Rocha; João Basílio; João Silva; Bárbara Castro; Dora Gomes

Instituto Português de Oncologia Porto

CO48

CARCINOMA GÁSTRICO METASTÁTICO: PARA ALÉM DA TERAPÊUTICA SISTÊMICA

Joana Raquel Santos Moraes; Maria Teresa Neves; Pedro Frazão; Francisca Liz; Vasco Fonseca; Ana Martins
Hospital de S. Francisco Xavier



CO51

RADIOQUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE NO CANCRO DO ESÓFAGO: 22 ANOS DE RESULTADOS E EXPERIÊNCIA CLÍNICA

Leonor Santos Martins; Paulo S. Oliva Teles; Sofia Semedo; Ana Carolina Bessa; Diogo Miguel Lopes; Bruno Moura Fernandes; Tomás Cabral Dinis; Tânia Teixeira; Sara Pinheiro; Margarida Borrego

Unidade Local de Saúde de Coimbra

CO55

ADENOCARCINOMA ESOFÁGICO HER2 POSITIVO METASTÁTICO: EXPERIÊNCIA CLÍNICA COM TRASTUZUMAB DERUXTECANO EM CONTEXTO OFF-LABEL

Nidia Maltez Cunha; Júlio Teixeira; Daniel Bandarra; Nathalie Guerrero; Cindy Fazenda; Cidália Pinto

Unidade Local de Saúde do Algarve

CO58

DA PIPETA AO CONSULTÓRIO: COMPARAÇÃO DA MONOTERAPIA COM TAS-102 VS COMBINAÇÃO TAS-102 + BEVACIZUMAB EM PRÁTICA REAL E RESPECTIVA INFLUÊNCIA DO CURSO DA DOENÇA

José Guilherme Gonçalves Nobre; João de Brito; Sofia Bastos; Tiago Ferreira; Joana Santos; Beatriz Castanheira; Patrícia Lima; Mariana Santiago; Ana Soares; Ana Raquel Miranda; Ângela Dias; Hélder Mansinho

Hospital Garcia de Orta, E.P.E.



PO02

FATORES PREDITIVOS NA SOBREVIDA LIVRE DE RECIDIVA E NA SOBREVIDA GLOBAL NA METASTASECTOMIA PULMONAR EM CANCRO COLORRETAL

Ana Paula Martins; Catarina Fernandes

Hospital de São João

PO03

TERAPÊUTICA NEOADJUVANTE TOTAL NO CANCRO DO RETO LOCALMENTE AVANÇADO: EXPERIÊNCIA DO MUNDO REAL

Ivânia Tavares Furtado; Rita Ferreira; Rui Escaleira; Filipa Verdasca; Marta Seladas; Luís Miguel;

Nathalie Duarte; Ana Fernandes; João Gramaça

Unidade Local de Saúde de São José

PO04

LIVING WITH METASTATIC COLORECTAL CANCER IN PORTUGAL: INSIGHTS FROM A MCRC PATIENT EXPERIENCE SURVEY

Mónica Coutinho; Joana Tato

Takeda

PO05

COLANGIOCARCINOMA METASTÁTICO: APRESENTAÇÃO ATÍPICA COM ADENOPATIA RETROPERITONEAL

Beatriz Castanheira; J. Guilherme Gonçalves-Nobre; Joana N. Santos; Mariana Isabel Santiago; Patrícia Lima;

João Brito; Ângela Nogal Dias; Hélder Mansinho

Hospital Garcia De Orta, E.P.E.

PO06

CANCRO DO PÂNCREAS: TRATAMENTO DE PRIMEIRA LINHA E PERFIL DE TOXICIDADE - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Inês Dunões; Inês Bastos; Maria Baió; Francisco Trinca; Rui Dinis

Hospital Espírito Santo Évora

PO08

SBRT NA DOENÇA OLIGOMETASTÁTICA: DOIS CASOS CLÍNICOS DE CARCINOMA ESPINOCELULAR DO ESÓFAGO

Laura Serrao; Bárbara Castro; Olga Sousa; Dora Gomes

Instituto Português de Oncologia Porto

PO10

PAN-HIPOPITUITARISMO E HEPATITE IMUNOMEDIADA SECUNDÁRIOS A PEMBROLIZUMAB: UM CASO CLÍNICO

Sofia Peixoto; Pedro Lopes; Beatriz Belo; Joana Cabral; Alexandra Guedes; Sandra Silva; Raquel Basto;

Patrícia Liu; Mariana Batista

Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho

PO11

ADENOCARCINOMA COLORRETAL COM PROFICIÊNCIA DE MISMATCH REPAIR (MMRP) / ESTABILIDADE DE MICROSSATÉLITES (MSS) EM DOENTE COM SÍNDROME DE LYNCH

Guilherme Vilhais; Mário Fontes-Sousa; Catarina Machado; Ana Raimundo

Hospital CUF Tejo

PO12

METÁSTASE ESOFÁGICA DE PRIMÁRIO COLO-RECTAL: A IMPORTÂNCIA DA VIGILÂNCIA A LONGO PRAZO

Maria Gualter; Clara Leal; Sílvia Silva; Pedro Costa; Herculano Moreira; J. Pinto-De-Sousa

ARS Norte

PO13

VALOR PROGNÓSTICO DE SCORES INFLAMATÓRIOS E DO CA 19.9 NO CARCINOMA DA VESÍCULA E DAS VIAS BILIARES

Joana Basílio Leite; Catarina Lopes Fernandes; Marta Soares Moreira; Mafalda Costa; Alexandra Mesquita; Carlos Sottomayor

Unidade Local de Saúde de Matosinhos

PO17

EXPLORING THE SOCIAL IMPACT OF COLORECTAL CANCER: A QUALITATIVE STUDY OF PATIENT EXPERIENCES IN PORTUGAL

Fábio Pereira¹; Hugo Pedrosa¹; Rita Anastácio¹; Pedro Labisa²

1 - IQVIA Solutions Portugal; 2 - Takeda Portugal

PO18

NECESSIDADES MÉDICAS NÃO SATISFEITAS E QUALIDADE DE VIDA NO CANCRO COLORRETAL METASTÁTICO EM ESTÁDIO AVANÇADO: EVIDÊNCIA NO CONTEXTO PORTUGUÊS

Ana Raimundo¹; Catarina Abreu²; Joaquim Gago³; Pedro Labisa⁴; Pedro Cardoso⁵; Joana Sousa⁵; Tomás Oliveira⁵

1 - Instituto CUF de Oncologia - Cluster Tejo; 2 - Unidade Local de Saúde de Santa Maria;

3 - Fundação Champalimaud; 4 - Takeda; 5 - Moai Consulting

PO19

DESAFIOS NO CANCRO DO RETO: DADOS DE VIDA REAL

Francisca Abreu¹; Ana Catarina Dias¹; Bárbara Lima²; Alexandra Teixeira¹; Ana Sofia Rolo¹; Carolina Carvalho¹; Ilda Faustino¹; Isabel Azevedo Pereira¹; João Sobrinho Carvalho¹; Liliana Castro Oliveira¹; Carlos Alpoim¹; Paulo Costa³; Camila Coutinho¹

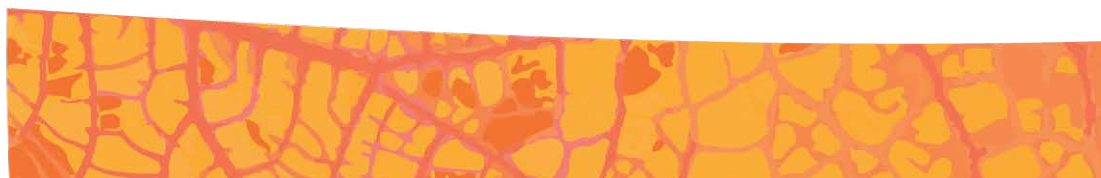
1 - Unidade Local de Saúde do Alto Ave; 2 - Oncology Department, Centre Hospitalier Wallonie Picarde, Tournai, Belgium; 3 - Unidade Local de Saúde de Braga

PO21

TRIFLURIDINA/TIPIRACILO EM COMBINAÇÃO COM BEVACIZUMAB NO TRATAMENTO DO CARCINOMA COLORRETAL METASTIZADO: DADOS DE VIDA REAL

Beatriz Belo; Sofia Peixoto; Joana Cabral; Patrícia Liu; Joana Marinho; Raquel Basto; Maria Castelo Branco; Andreia Capela; Sandra Custódio

Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho



PO22

FRUQUINTINIB: A EXPERIÊNCIA DE UMA ULS

Fabiana Benigno; Sara Machado; Cristina Ferro; Pedro Costa; Paula Sadio

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

PO23

TRATAMENTO DE CANCRO DO CÓLON METASTÁTICO COM TRIFLURIDINA-TIPIRACILO EM MONOTERAPIA VERSUS TRIFLURIDINA-TIPIRACILO COM BEVACIZUMAB: EVIDÊNCIA DE VIDA REAL

Mafalda Dias; Catarina Lopes; Carolina Monteiro; Joelma Mendes; António Queiroz; Rui Bastos;

Tiago Barroso; Leila Costa; André Mansinho; Catarina Abreu; Luís Costa

Unidade Local de Saúde de Santa Maria

PO25

PREVENÇÃO DE INTERAÇÕES FARMACOLÓGICAS COM INIBIDORES DA TIROSINA CINASE

Patrícia Carreira; Sofia Pinto

Unidade Local de Saúde de Matosinho

PO27

NÃO HÁ DUAS SEM TRÊS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO COM TRÊS TUMORES PRIMÁRIOS SEQUENCIAIS

Alex Didier Cap; Ana Paula Martins; Maria Paula Fontes; Andreia Costa; Lúcia Osório

Unidade Local de Saúde de São João

PO29

ADENOCARCINOMA COLORRECTAL METASTÁTICO COM LONGA SOBREVIVÊNCIA: DESAFIOS NA ABORDAGEM DA POPULAÇÃO JOVEM

Inês Dunões; Inês Bastos; Maria Baió; Mariana Inácio; Francisco Trinca; Rui Dinis

Hospital Espírito Santo Évora

PO30

TRANSPLANTE HEPÁTICO EM DOENTE COM CANCRO CÓLON METASTIZADO: A PROPÓSITO DE UM CASO DE RECIDIVA PRECOCE

Amanda Hirschfeld¹; Margarida Pereira¹; Sílvia Dias²; Manuel Limbert¹; Miguel Braga¹; Ricardo Fonseca¹;

Isadora Rosa¹; Isália Miguel¹

1 - Instituto Português de Oncologia Lisboa; 2 - Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

PO31

LYMPHADENECTOMY EXTENT – A CRITICAL ROLE IN GASTRIC CANCER SURGERY

Carla Peres; Rafael Carvalho; Nuno Rombo; Cláudia Diogo; Diogo F. Santos

ARS Lisboa e Vale do Tejo

PO37

CARCINOMA ANAL – INSIGHTS DE DADOS DA VIDA REAL

Ana Catarina Pereira Dias; Francisca Abreu; Ilda Faustino; Liliana Castro Oliveira; Ana Sofia Rolo;

João Sobrinho Carvalho; Alexandra Teixeira; Carolina Carvalho; Isabel Azevedo Pereira; Camila Coutinho

Unidade Local de Saúde do Alto Ave

PO38

PELVIC RE-IRRADIATION FOR LOCOREGIONALLY RECURRENT RECTAL ADENOCARCINOMA AFTER PRIOR NEOADJUVANT CHEMORADIOOTHERAPY

Carla Lopes, Virgínia Mareco, André Figueiredo, Maria Filomena de Pina

Serviço de Radioterapia ULSSM

PO39

MESOTELIOMA PERITONEAL EPITELIAL: IMUNOTERAPIA COMO PONTE PARA CIRURGIA CITORREDUTORA E HIPEC- A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Bastos; Tomas Carvalho; Inês Dunões; Mariana Inácio; Maria Baio; Rui Dinis; Alicia Oliveira
Hospital Espírito Santo-Évora

PO40

CIRURGIA HEPÁTICA NO CARCINOMA HEPATOCELULAR: EXPERIÊNCIA INICIAL DE UM CENTRO

Clara Leal; Nádia Tenreiro; André Marçal; Tiago Pinto Castro; Fernando Próspero Luís
Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro

PO42

SEQUENCIAÇÃO TERAPÊUTICA NO CANCRO DO RETO METASTÁTICO - A PROPÓSITO DE UM CASO

Gregória Maria Baió; Inês Dunões; Inês Rocha T. Bastos; Alicia Oliveira; Rui Dinis
Unidade Local de Saúde do Alentejo Central

PO45

RESSEÇÃO DE DOENÇA OLIGOMETASTÁTICA NO CANCRO GÁSTRICO: UMA PERSPECTIVA CIRÚRGICA

Rita Loureiro Melo; Beatriz Neves; Rosa Matias; Carlos Martina; Sandra Carvalho; Amara Ibrahim
Hospital de Cascais

PO47

DEFINITIVE CHEMORADIOTHERAPY FOR INTRAHEPATIC CHOLANGIOCARCINOMA: WHEN SURGERY IS NOT AN OPTION

Carla Lopes, Kayla Pereira, André Figueiredo, Maria Filomena de Pina
Serviço de Radioterapia ULSSM

PO49

QUANDO A FEBRE DENUNCIA O INESPERADO: CÂNCRO COLORRETAL NO PÓS-PARTO

Tiago Ribeiro Narciso; Joana Moraes; Ana Coutinho Santos
Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

PO50

PADRÃO METASTÁTICO INVULGAR NO CARCINOMA GÁSTRICO DIFUSO: RELATO DE CASO

Patrícia Lima; Joana N. Santos; Beatriz Castanheira; Mariana Santiago; J. Guilherme Gonçalves-Nobre; João de Brito; M. Júlia Nunes Rosado; Hélder Mansinho
Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal

PO52

TRATAMENTO NEOADJUVANTE DO ADENOCARCINOMA DO ESÓFAGO: SERÃO OS ENSAIOS RECENTES REPLICÁVEIS NOS DOENTES PORTUGUESES?

Paulo Oliva Teles; Bruno Moura Fernandes; Leonor Santos Martins; Sofia Semedo; Ana Carolina Bessa; Diogo Miguel Lopes; Edgar Pratas; António Silva; Margarida Borrego
Unidade Local de Saúde de Coimbra

PO53

CARCINOMA MEDULAR DO CÓLON: CASUÍSTICA DE UM CENTRO PORTUGUÊS

Marco Aurélio Correia; Teresa Alexandre; Isália Miguel; Ana Luís; Isadora Rosa; Daniela Pereira; Ricardo Fonseca; Mafalda Baleiras; Manuel Limbert; Miguel Braga; Fátima Vaz
Instituto Português de Oncologia Lisboa

P054

FLOT PERIOPERATÓRIO NO ADENOCARCINOMA DA JUNÇÃO ESÓFAGO-GÁSTRICA - EXPERIÊNCIA INSTITUCIONAL

Patrícia Albuquerque; Alice Marques; Sara Teodoro; Edgar Pratas; Sara Pinheiro; Joana Rodrigues; Cristina Pissarro; Judy Paulo; Leonor Pinto; Anabela Barros; Paula Jacinto

Unidade Local de Saúde de Coimbra

P056

IMPACTO NUTRICIONAL NO PROGNÓSTICO ONCOLÓGICO DE DOENTES COM CANCRO DIGESTIVO – EXPERIÊNCIA DE UMA REGIÃO

Cláudia Viana; Joana Lopes; Sandra Felgueiras; Ivone Machado; Gabriela Câmara

Hospital Divino Espírito Santo Ponta Delgada

P057

CANCRO DO ESÓFAGO: O PAPEL DA PET-CT 18F-FDG NA AVALIAÇÃO DA RESPOSTA À RADIOQUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE

Sofia Semedo; Paulo S. Oliva Teles; Leonor Santos Martins; Ana Carolina Bessa; Diogo Miguel Lopes; João Silva; Bruno Moura Fernandes; Inês Félix Pinto; Carolina Carvalho; Cristina Pissarro; Margarida Borrego

Unidade Local de Saúde de Coimbra

P059

IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DA ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA NEOADJUVANTE TOTAL (TNT) EM DOENTES COM ADENOCARCINOMA DO RETO LOCALMENTE AVANÇADO - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Pedro Nunes; Maria Teresa Neves; Pedro Frazão; Helena Novo de Sousa; João Rio; João Pedro Ramos; Ana Martins

Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

P061

ABORDAGEM WATCH AND WAIT NO CANCRO DO RETO LOCALMENTE AVANÇADO (LARC) – SÉRIE DE CASOS UNICÊNTRICA

Pedro Frazão; Pedro Nunes; Francisca Liz; Joana Morais; Marta D'orey; Maria Teresa Neves; José Pereira; Débora Cardoso; Ana Cabral; Vasco Fonseca; Helena Miranda; Ana Martins

ULS Lisboa Ocidental

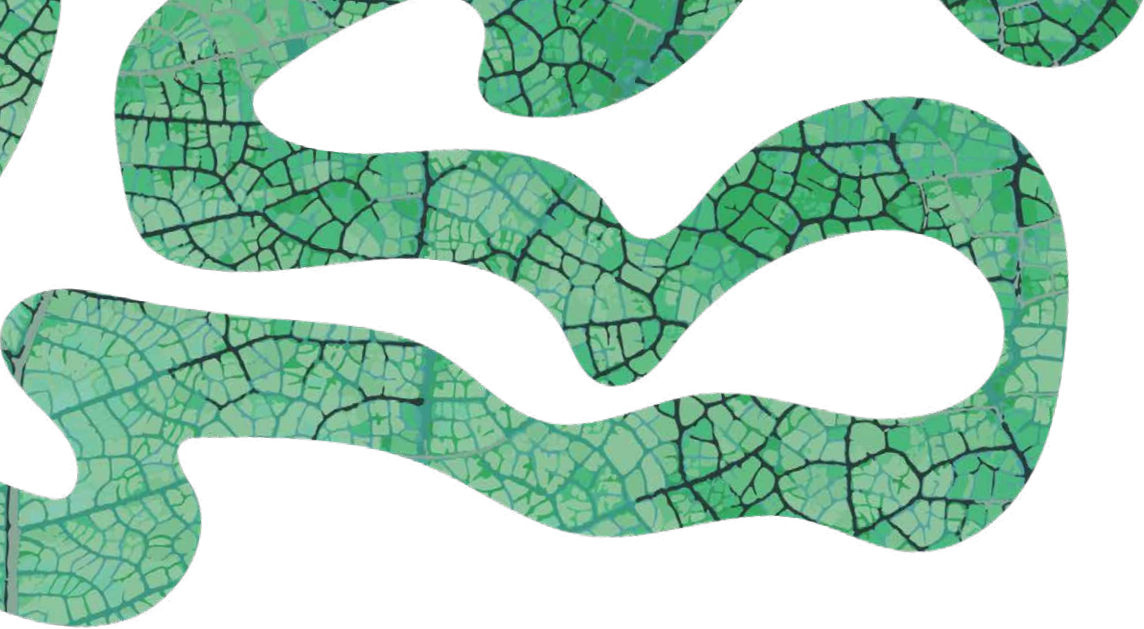
P062

REAL-WORLD OUTCOMES OF PERIOPERATIVE FLOT IN GASTRIC CANCER: FOCUS ON PATHOLOGICAL COMPLETE RESPONSE

Francisca Ferraz De Liz; Tania Duate; Tiago Pina Cabral; Margarida Lagarto; Vanessa Branco; Marta D'orey; Pedro Frazão; Joana Morais; Maria Teresa Neves; Susana Almeida; Débora Cardoso; Ana Martins

Hospital Francisco Xavier





COMUNICAÇÕES ORAIS



CRITÉRIOS DE ADMISSÃO NA UNIDADE CIRÚRGICA DE CUIDADOS INTERMÉDIOS APÓS CIRURGIA ABDOMINAL ELETIVA ONCOLÓGICA

Samuel Barbosa¹; Mafalda Pedrosa¹; Carolina Castro¹;
Luís Antunes²; Rafael S. Costa³;
Daniel Moreira-Gonçalves⁴; Lúcio Lara Santos¹

1 - IPO Porto; 2 - Escola Superior de Saúde
do Politécnico do Porto; 3 - Faculdade de Ciências
e Tecnologias da Universidade NOVA de Lisboa;
4 - Faculdade de Desporto da Universidade do Porto

Introdução: As neoplasias malignas como as do estômago, fígado, cólon e próstata, estão entre os tipos de cancro associados a pior prognóstico. A cirurgia continua a ser o único tratamento possível para remoção do tumor com intuito curativo, no entanto, as complicações pós-operatórias (CPO) severas continuam a ter um impacto importante no tratamento destes doentes. O reconhecimento de doentes mais suscetíveis a este tipo de complicações poderá permitir a realização de pré-habilitação, a antecipação do internamento do doente numa unidade cirúrgica de cuidados de intermédio (UCCI), e ainda uma melhor gestão dos recursos disponíveis neste tipo de unidades.

Objetivo: O objetivo do presente estudo baseou-se na criação de um modelo de decisão para admitir doentes na UCCI.

Material e métodos: Retrospectivamente foram analisados doentes do IPO-Porto submetidos a cirurgia oncológica abdominal e admitidos na UCCI no pós-operatório imediato. Para serem incluídos no estudo os doentes deveriam ter o registo clínico de todas as variáveis necessárias para calcular o risco cirúrgico (SR) de acordo com o *MyIPOrisk score* (cut-off de 23,5), calcular a complexidade cirúrgica (SC) de acordo com uma pontuação ajustada do POSSUM (cut-off de 15), e determinar o grau de CPO através da classificação proposta por Clavien-Dindo. Seguidamente, os doentes foram alocados a 4 grupos distintos dependendo do SR e da SC: doentes com alto SR e SC - *High-High* (HH); doentes com elevado SR e baixa SC - *High-Low* (HL); doentes com baixo SR e elevada SC - *Low-High* (LH); e doentes com baixo SR e SC - *Low-Low* (LL). A performance do modelo foi avaliada através de uma tabela de contingência e comparada com o ACS NSQIP e o POSSUM.

Resultados: De 407 doentes admitidos na UCCI no pós-operatório imediato submetidos a cirurgia urológica (40%), colorretal (28,2%), gastroesofágica (27,8%), peritoneal com HIPEC (13,3%), hepática (11,1%), pancreática (5,6%) e para sarcoma (4,2%), apenas 19,4% desenvolveu CPO graves. Considerando o total de doentes, enquanto 45,7% foram corretamente classificados, isto é, os doentes de alto risco (HH, HL e LH) que apresentaram CPO severas e doentes de baixo risco (LL) que não apresentaram CPO severa, 49,9% foram considerados falsos positivos (doentes de alto risco que não complicaram) e 4,4% de falsos negativos (doentes de baixo risco que complicaram). O somatório

do SR com a SC apresentou o melhor desempenho na previsão de complicações pós-operatórias (CPO) graves (AUC: 0,711; IC 95%: 0,647–0,776; $p < 0,001$), superando as pontuações do POSSUM (AUC: 0,635; IC 95%: 0,564–0,705; $p < 0,001$) e do ACS NSQIP para CPO graves (AUC: 0,670; IC 95%: 0,605–0,734; $p < 0,001$).

Discussão: As UCCIs desempenham um papel crucial na monitorização e recuperação de doentes com risco de desenvolver complicações graves. Contudo, a sua utilização sem critérios bem definidos tem contribuído para a sobrelotação destas unidades e cancelamentos de cirurgias em doentes de risco. As recomendações resultantes deste estudo visam otimizar a gestão de camas na UCCI. Com o modelo proposto, foi possível reduzir o número de admissões na UCCI, mantendo uma baixa percentagem de doentes que foram considerados de baixo risco mas que desenvolveram CPO severas. Contudo, verificou-se uma elevada percentagem de doentes de alto risco que não desenvolveram CPO graves (falsos positivos). Após comparar o modelo proposto com calculadoras pré-existentes, verificou-se que a soma do SR com a SC apresentou melhor desempenho na previsão de CPO graves quando comparada aos sistemas POSSUM e ACS NSQIP. No entanto, devido à alta percentagem de falsos positivos, é necessário a realização de estudos prospetivos no sentido de refinar este modelo de previsão, uma vez que estes doentes não beneficiam da UCCI e são fonte de custos para a instituição.

Conclusão: O nosso estudo salienta a importância da realização de mais estudos para uma melhor gestão de camas nas UCCIs dado que a percentagem de doentes desenvolveu CPO severas é reduzida. Para além disso, o modelo proposto poderá ser o ponto de partida para esse efeito dado a baixa percentagem de erro.



CARACTERIZAÇÃO DE VIDA REAL DE DOENTES COM CANCRO DO ESÓFAGO LOCALMENTE AVANÇADO IRRESSECÁVEL EM PORTUGAL E ESPANHA (GALIZA) – O ESTUDO DIGEST

Nina Fernandes¹; Anabela Barros²; Hélder Mansinho³; Manuela Machado⁴; Ana Fernandez Montes⁵; Judy Paulo⁶; Ana Sofia Rolo⁷; Cidália Pinto⁸; Raquel Lopes Brás⁹; Elena Brozos¹⁰; Filipa Ferreira¹¹; Marta Pinto¹²; Madalena Pereira Dos Santos¹³; Sérgio Xavier Azevedo¹⁴

1 - MSD; 2 - Unidade Local de Saúde de Coimbra; 3 - Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal; 4 - Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga; 5 - Complexo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense, Espanha; 6 - Instituto Português de Oncologia Coimbra; 7 - Unidade Local de Saúde do Alto Ave; 8 - Unidade Local de Saúde do Algarve; 9 - Unidade Local de Saúde de Santa Maria; 10 - Complexo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, Espanha; 11 - Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental; 12 - Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões; 13 - Instituto Português de Oncologia Lisboa; 14 - Unidade Local de Saúde de Santo António

Introdução: O cancro do esófago representa a sétima causa de morte por cancro globalmente, com prognóstico desfavorável e diagnóstico frequentemente tardio. Em Portugal, a incidência de cancro localmente avançado irressecável em Portugal e Espanha (Galiza), e analisar os padrões de tratamento efetuados.

Material e Métodos: O DIGEST foi um estudo observacional, retrospectivo, de coorte única conduzido em 11 hospitais portugueses e 2 na Galiza, que incluiu doentes elegíveis para tratamento curativo diagnosticados com cancro do esófago localmente avançado irressecável entre 1/Jan/2018 e 31/Dez/2019. O período de observação foi até 30/junho/2023, correspondendo a um período de seguimento de 5,5 anos, com pelo menos uma avaliação clínica, de acordo com a prática clínica de cada hospital. Os dados sociodemográficos e clínicos foram recolhidos a partir das bases de dados eletrónicas e dos registos clínicos hospitalares.

Resultados: O estudo incluiu 127 doentes (Portugal $n=114$; Galiza $n=13$), a maioria do sexo masculino ($n=112$; 88,2%) com idades ao diagnóstico compreendidas entre os 50 e os 79 anos ($n=109$; 85,8%). A informação sobre o nível de escolaridade estava disponível para apenas 30 doentes (23,6%), dos quais 21 (16,5%) tinham completado o ensino básico. Na maioria dos casos, o tumor localizava-se no esófago [terço distal ($n=34$; 26,8%), médio ($n=47$; 37,0%) e superior ($n=30$; 23,6%)], enquanto em 16 doentes (12,6%) localizava-se na junção esofagogastrica. O tipo histológico mais frequente foi o carcinoma de células escamosas ($n=99$; 78,0%). Ao diagnóstico, a maioria dos doentes apresentava estadiamento T3 ($n=81$; 64,3%), distribuído da seguinte forma: T3Nx: 16 (12,7%), T3NO: 15 (11,9%), T3N1: 23 (18,3%), T3N2: 23 (18,3%), T3N3: 4 (3,2%). Relativamente ao estado funcional, 109 doentes (90,8%) tinham um *Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status* (ECOG PS) ≤ 2 . A presença de comorbilidades foi reportada em 90 doentes (70,9%), incluindo hipertensão arterial ($n=46$; 36,2%),

doenças cardiovasculares ($n=29$; 22,8%) e diabetes ($n=21$; 16,5%), sendo que 48 doentes (37,8%) apresentavam pelo menos duas comorbilidades. Relativamente aos fatores de risco, 69,3% dos doentes eram fumadores ($n=43$) ou ex-fumadores ($n=45$), 57,5% ($n=73$) consumia álcool regularmente e 6,3% ($n=8$) apresentava índice de massa corporal ≥ 25 kg/m². A perda de $\geq 10\%$ do peso corporal nos últimos 6 meses foi reportada em 38,6% dos doentes ($n=49$). Os tratamentos mais frequentes foram a quimiorradioterapia isolada ($n=51$; 42,9%) e a quimiorradioterapia combinada com cirurgia ($n=40$; 33,6%). Sete doentes (5,5%) não iniciaram tratamento, devido a morte ($n=3$; 2,4%), progressão/recidiva ($n=1$; 0,8%), decisão pessoal ($n=1$; 0,8%) ou outras razões ($n=2$; 1,6%). Dos 120 doentes que iniciaram tratamento, 81 (67,5%) concluíram-no, enquanto os restantes descontinuaram devido a progressão da doença/recidiva ($n=17$; 14,2%), morte ($n=7$; 5,8%), ou outras razões ($n=15$; 12,5%).

Discussão: O perfil identificado - predominância masculina, elevada prevalência de tabagismo/etilismo - corrobora os dados epidemiológicos internacionais, particularmente para o carcinoma de células escamosas do esófago. A elevada frequência de comorbilidades ($\approx 70\%$) e emagrecimento significativo ($\approx 40\%$) evidencia a fragilidade clínica desta população, fatores reconhecidamente associados a pior prognóstico. Os padrões terapêuticos observados (quimiorradioterapia, associada ou não a cirurgia) alinham-se com as recomendações internacionais, embora a taxa de não-conclusão do tratamento (32,5%) reflita os desafios desta população.

Conclusões: O estudo DIGEST constitui a primeira caracterização abrangente de vida real do cancro do esófago localmente avançado irressecável em Portugal e Galiza. Os resultados revelam uma população clinicamente complexa, com elevada carga de comorbilidades e fatores de risco modificáveis. Estes dados podem contribuir para uma melhor compreensão da gestão da doença e otimização de estratégias terapêuticas, assim como identificação de oportunidades de intervenção em saúde pública e na comunidade, contribuindo para uma melhoria do cuidado prestado a estes doentes, incluindo a necessidade de um diagnóstico mais precoce antes da degradação do estado geral que compromete a adesão ao tratamento.



QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES COM METÁSTASES PERITONEAIS SUBMETIDOS A PIPAC: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO PORTUGUÊS

Rita da Silva Pinho; Maria João Oura; Daniela Gomes; Ana Paula Martins; Cristina Fernandes; Jorge Nogueiro; Tiago Machado; Marisa Aral; Bárbara Viamonte; Nuno Tavares; Andreia Costa; Andreia Coelho; Sara Meireles; Miguel Barbosa

Unidade Local de Saúde de São João

Introdução: O peritoneu é um local comum de metastização de neoplasias dos tratos gastrointestinal e ginecológico. A presença de metástases peritoneais (PM) associa-se frequentemente a ascite, dor abdominal, náuseas, vômitos e oclusão intestinal, com impacto significativo na qualidade de vida (QoL) destes doentes. No sentido de melhorar os *outcomes* da doença e a QoL, surge a técnica de quimioterapia intraperitoneal pressurizada em aerossol (PIPAC), que liberta diretamente citotóxicos na cavidade peritoneal, aumentando a distribuição e penetração tecidual dos fármacos.

Objetivos: Este estudo pretende avaliar a QoL em doentes tratados com PIPAC.

Material e métodos: Estudo prospetivo que incluiu doentes com PM irressecáveis submetidos a PIPAC, entre Junho de 2022 e Março 2025, num centro hospitalar terciário português. Os dados demográficos e clínicos foram submetidos a uma análise estatística, com recurso ao teste do chi-quadrado, t-test e método de Kaplan-Meier. A QoL foi avaliada em doentes submetidos a 3 PIPACs, através do questionário *European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) QLQ-C30 (Version 3.0)*, validado para a população portuguesa. Este questionário foi aplicado nos 3 primeiros ciclos de tratamento. A correlação de *Spearman* avaliou a existência de relação entre a variação da QoL (C1 para C3) e a presença em C1 de sintomas como dispneia, dor, anorexia, vômitos, obstipação, astenia, depressão. Recorreu-se à regressão linear múltipla para avaliar o efeito destas variáveis na variação da QoL e a existência de possíveis fatores confundidores. A análise estatística foi realizada com recurso ao SPSS, versão 29.0. Considerou-se $p < 0.05$ como estatisticamente significativo.

Resultados: Realizaram-se 91 PIPACs em 33 doentes, 24 deles (72.7%) do sexo masculino, com mediana de idades de 62 anos [32;78], e todos com ECOG PS 0 e 1. A maioria ($n=27$; 81.9%) apresentava PM síncronas, sendo a neoplasia primária mais frequente a gástrica ($n=22$; 66.7%). Em 88 (96.7%) PIPACs, usou-se o protocolo Cisplatina+Doxorrubicina (C+D). O índice de carcinomatose peritoneal (PCI) mediano foi de 16 [1;39], tendo-se alcançado um score de regressão peritoneal (PRGS) ≤ 2 em 23 (69.7%) doentes. A sobrevivência global (SG) mediana foi de 17 meses [IC95%:12.2-21.9], sendo superior nos doentes submetidos a ≥ 3 ciclos (11 vs 2m,

$p < 0.01$). A sobrevivência livre de progressão (SLP) foi de 8 meses (IC95%:3.5-12.5).

Relativamente à avaliação da QoL, foram distribuídos questionários a 12 doentes. Destes, 10 (83.3%) apresentavam adenocarcinomas gástricos e 2 (16.7%) pseudomixomas peritoneais, todos com PM síncrona ao diagnóstico. Os C1 e C3 de PIPAC foram realizados com C+D (10,5 mg/m²+2,1 mg/m²) e nenhum doente apresentou complicações pós-PIPAC. A variação global da QoL foi avaliada pela questão 30 no C1 e C3, não sendo estatisticamente significativa ($p=0.30$). Globalmente, os doentes reportaram menos dispneia e menos depressão, mas mais anorexia e vômitos em C3 comparativamente a C1. Da avaliação do impacto destas variáveis na variação da QoL, constatou-se que dispneia ($r=-0.05$; $p=0.88$), anorexia ($r=-0.16$; $p=0.63$), vômitos ($r=-0.11$; $p=0.74$) e depressão ($r=-0.18$; $p=0.56$), foram sintomas que quando presentes em C1, se associaram a maior diminuição da QoL. Manteve-se a influência negativa destas quatro variáveis na variação da QoL, mas sem diferenças estatisticamente significativas quando aplicada a regressão linear múltipla. A presença de ascite e PCI ≥ 16 em C1 não tiveram impacto na variação da QoL ($p=0.07$, $p=0.18$, respetivamente).

Discussão: A QoL em doentes com PM assume um papel central, dada a deterioração global destes doentes, quer pela progressão da doença, quer pelos efeitos adversos da quimioterapia sistémica. O PIPAC, pela atuação local com elevada penetração nos tecidos peritoneais, associa-se a melhores *outcomes* de doença e a menor toxicidade. Neste estudo prospetivo verificou-se que a variação global da QoL entre C1 e C3 não atingiu significância estatística. No entanto, sintomas como dispneia, anorexia, vômitos e depressão, quando presentes em C1 levam a uma maior diminuição da QoL, apesar do impacto não ser significativo. O reduzido tamanho amostral pode ter limitado o poder estatístico das análises realizadas e, consequentemente, os resultados obtidos.

Conclusões: O PIPAC é uma técnica relativamente bem tolerada, com resultados promissores nos principais *outcomes* clínicos e na preservação de QoL, em doentes com PM. Contudo, são necessários estudos futuros com amostras mais representativas de modo a validar estes achados e aprofundar o conhecimento sobre a sua eficácia e segurança a longo prazo.



AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA E EFICÁCIA DA TERAPÊUTICA COM NIVOLUMAB ADJUVANTE NO CANCRO DO ESÓFAGO: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Alice Figueiredo; Madalena Silveira Machado; Madalena Pereira Dos Santos; Fátima Vaz

Instituto Português de Oncologia Lisboa

Introdução: O cancro do esófago é o sétimo mais prevalente a nível mundial, sendo frequentemente diagnosticado em fase avançada^{1,2}. Na doença localmente avançada, a terapêutica neoadjuvante seguida de esofagectomia constitui o *standard of care*. Os doentes sem resposta patológica completa no exame da peça operatória, são propostos para realizar imunoterapia adjuvante com Nivolumab, tendo em conta os resultados do ensaio de fase 3 “CheckMate 577”, com benefício estatisticamente significativo na sobrevivência livre de doença (SLD: 22.4 meses vs 11.0 meses)³. No entanto, os resultados do grupo controlo foram inferiores aos reportados em estudos prévios^{4,5,6} e, na análise final, a sobrevivência global (SG) não atingiu a significância estatística⁷. Neste sentido, dados de vida real fornecem informação relevante sobre a eficácia e segurança da terapêutica de nivolumab adjuvante no cancro do esófago.

Objetivos: O objetivo é avaliar a experiência de vida real da terapêutica adjuvante com nivolumab no cancro do esófago e da junção gastroesofágica, incluindo a análise da segurança, SLD, sobrevivência livre de metastização à distância (SLMD), sobrevivência global (SG) e tempo de contacto com a instituição de saúde.

Materiais e Métodos: Estudo observacional, retrospectivo e unicêntrico. Foram incluídos todos os doentes tratados com o regime do “CheckMate 577” entre Janeiro de 2022 e Julho de 2024, que tenham realizado pelo menos um ciclo de tratamento.

Para o cálculo de SLD, SLMD e SG será utilizado o método de Kaplan-Meier. A restante análise estatística é descritiva. Serão reportadas as toxicidades, segundo o CTCAE versão 5.0.

Resultados: Foram incluídos 34 doentes, com uma mediana de idades de 66 anos, predominantemente do sexo masculino (85.3%), com comorbilidades relevantes (Índice Charlson ≥ 3 em 55.9%) e com ECOG PS 0 (55.9%) ou 1 (44.1%), com tumores do esófago (67.6%) ou da junção gastroesofágica Siewert I ou II (32.4%), maioritariamente em estadios clínicos avançados (cT3-T4 em 79.4% e cN+ em 88.2%). Quanto ao tipo histológico, 52.9% eram carcinomas pavimento-celulares e 47.1% eram adenocarcinomas. Após a cirurgia, o estadiamento patológico revelou ypT1-2 em 47.1%, ypT3-4 em 35.3% e ypN+ em 64.7% dos casos.

A mediana de *follow-up* foi de 24 meses (IC 95%, 21-33). À data da análise, 17 doentes (50%) tinham completado o tratamento, enquanto os restantes descontinuaram

por progressão de doença (n=12; 35,3%) ou toxicidade (n=5; 14,7%). Eventos adversos atribuídos ao nivolumab ocorreram em 76,5% dos doentes (n=26), maioritariamente grau 1 ou 2 (93.1%), sendo apenas 6.9% eventos $\geq$ grau 3 e não existindo mortes por toxicidade. Os efeitos adversos mais frequentes foram fadiga, diarreia, náusea, rash e hipotiroidismo.

Verificou-se recidiva locorregional em 20 doentes (58.8%), sendo que 19 destes apresentaram recidiva concomitante à distância. Registaram-se 10 mortes (29.4%), todas por progressão da doença. A mediana de SLD e de SLMD foi de 21,1 meses (IC 95%, 14-). A mediana de SG ainda não foi atingida, sendo a SG aos 12 meses de 88% (IC 95%, 78-100%) e aos 24 meses de 69% (IC 95%, 53-89%).

A mediana de dias de contacto com a instituição durante a adjuvância foi de 26 dias (IIQ 12-29), sobretudo em consultas e tratamentos programados.

Discussão[MS1]: A SLD observada foi semelhante à reportada no “CheckMate 577” (21,1 vs 22,4 meses), embora a SLMD tenha sido inferior (21,1 vs 28,3 meses). Os dados de OS, apesar de imaturos, são também sobreponíveis aos do respetivo ensaio clínico aos 12 e 24 meses. No entanto, destacam-se diferenças na população com mais doentes com doença avançada (cT3-T4 em 79.4% vs 56% e cN+ em 88.2% vs 43%), o que pode justificar algumas diferenças nos resultados, nomeadamente no padrão de recorrência, visto que praticamente todos os doentes apresentaram recidiva locorregional e à distância concomitantes.

Salienta-se também que existe um grupo de doentes com recidiva durante a terapêutica adjuvante, com 60% das recidivas antes dos 12 meses e 45% antes dos 6 meses, sugerindo um benefício limitado da mesma.

Conclusão: Neste estudo o nivolumab adjuvante apresentou resultados de segurança, SLD e SG semelhantes aos reportados no “CheckMate 577”. Contudo, apesar de globalmente seguro, o nivolumab esteve associado a algum grau de toxicidade na maioria dos doentes e implicou um aumento do tempo de contacto com a instituição de saúde, aspetos relevantes numa população com prognóstico reservado. Assim, identificar os subgrupos com maior benefício será essencial para otimizar a seleção de candidatos à terapêutica adjuvante.



DESFECHOS CLÍNICOS E CUSTOS EM SAÚDE NA SÍNDROME DE CANCRO GÁSTRICO DIFUSO HEREDITÁRIO: ESTUDO MULTICÊNTRICO EUROPEU

Ricardo Amorim¹; Bárbara Peleteiro²; Daniela Duarte¹; Diana Ferreira¹; João Fonseca¹; Liliana Sousa¹; Luzia Garrido²; Sara B. Pereira¹; Marbelia Fernandes¹; António Moreira¹; Laura Duran-Lozano³; Adriana Costa⁴; Nuria Dueñas⁴; Patricia Faure⁵; Marion Rolain⁵; Irène Stenfors⁶; Birte B. Lundhaug⁷; Marianne T. Haavind⁷; Amalia Nanci⁸; Mia Quante⁸; Janneke Schuurs-Hoeijmakers⁹; Jasper Verkroost⁹; Lucybell Moreira²; Maria I. Carvalho²; PREVENTABLE Health Economics Team¹⁰; PREVENTABLE Clinical Team¹¹; PREVENTABLE Consortium¹¹; Judith Balmaña³; Joan Brunet⁴; Jean-Christophe Thery¹²; Stefan Aretz⁸; Hildegunn H. Vetti¹³; Claude Houdayer⁵; Svetlana Bajalica-Lagercrantz⁶; Katja Verbeek¹⁴; Rui Sousa¹; Ana Azevedo²; Carla Oliveira¹

1 - i3S - Instituto de Investigação e Inovação em Saúde; 2 - Unidade Local de Saúde de São João; 3 - Hereditary Cancer Genetics Group, Vall d'Hebron Institute of Oncology (VHIO), Vall d'Hebron; 4 - Catalan Institute of Oncology (ICO); 5 - Univ Rouen Normandie, Normandie Univ, Inserm U1245, FHU-G4 genomics, CHU Rouen, Department of Genetics, Rouen; 6 - Clinical Genetics and Genomics, Karolinska University Hospital, Stockholm; 7 - Western Norway Familial Cancer Center, Department of Medical Genetics, Haukeland University Hospital, Bergen; 8 - Institute of Human Genetics, Medical Faculty, University of Bonn, & National; 9 - Department of Human Genetics, Radboud university medical center, Nijmegen, 6525 GA, Nijmegen; 10 - Division of Health Research, Lancaster University, Bailrigg, Lancaster; 11 - UE; 12 - Univ Rouen Normandie, Normandie Univ, Inserm U1245, FHU-G4 genomics, Center Henri Becquerel, Department of Medical Oncology, Rouen; 13 - 11Western Norway Familial Cancer Center, Department of Medical Genetics, Haukeland University Hospital, Bergen; 14 - Department of Human Genetics, Radboud university medical center, Nijmegen, 6525 GA, Nijmegen

Introdução: O cancro gástrico difuso hereditário (HDGC) é uma síndrome rara, autossómica dominante, causada por variantes patogénicas nos genes *CDH1* ou *CTNNA1*. Os portadores apresentam risco elevado de cancro gástrico em idade jovem e, as mulheres têm também risco elevado de carcinoma lobular da mama. A baixa sensibilidade da endoscopia anual para deteção de lesões gástricas microscópicas, torna a gastrectomia profilática a principal estratégia preventiva, recomendada em idades jovens a portadores de variantes nos genes de risco, de ambos os sexos. Em mulheres portadoras de variantes genéticas, recomenda-se ainda vigilância por Ressonância Magnética Nuclear anual, e mastectomia de redução de risco se forem identificadas lesões precoces. Apesar do benefício clínico reconhecido, faltam estudos comparativos sobre o impacto económico e clínico de trajetórias clínicas de prevenção face ao tratamento da doença já sintomática.

Objetivos: Comparar o impacto clínico e económico de trajetórias clínicas de prevenção e de tratamento em portadores de variantes genéticas de predisposição para HDGC, acompanhados em Centros de Referência Europeus da Rede Europeia de Referência (ERN) GENTURIS (www.GENTURIS.eu), no âmbito do projeto PREVENTABLE (www.preventable.eu).

[preventable.eu](http://www.preventable.eu)).

Material e métodos: Foi constituída uma coorte retrospectiva de 426 indivíduos acompanhados entre 1998 e 2023 em nove Centros de Referência de sete países Europeus. Desenvolveu-se uma aplicação informática para registo sistemático de trajetórias clínicas e sobrevivência anonimizadas. Os dados clínicos multicêntricos foram harmonizados e indexados a preços padronizados de saúde de uma fonte única, e analisados com ferramentas estatísticas em R. Os principais desfechos foram a sobrevivência global e o custo acumulado por doente, de acordo com a trajetória clínica.

Resultados: Dos 246 portadores de variantes do *CDH1*, 203 (82,5%) integraram trajetórias de prevenção e 43 (17,5%) trajetórias de tratamento. Dos 203, 56% realizaram gastrectomia profilática (mediana de 9 meses após diagnóstico genético) e 20% das mulheres realizaram mastectomia profilática (mediana de 42 meses). Durante o seguimento, 19 doentes (9,4%) desenvolveram cancro. Registaram-se 18 óbitos: 16 por cancro gástrico difuso (mediana 38,1 anos) e 2 por cancro da mama lobular (mediana 68 anos). A mediana de seguimento foi de 43 meses nas trajetórias clínicas de prevenção e 32 meses nas de tratamento. Os doentes no braço de tratamento apresentaram a mais alta mortalidade precoce, e foram submetidos a terapia sistémica intensiva e hospitalizações recorrentes. Os indivíduos no braço de prevenção demonstraram melhor sobrevida (1 morte em 203) e trajetórias previsíveis ao diagnóstico. O custo médio acumulado por indivíduo foi superior no braço de tratamento (18.360€) comparativamente ao braço de prevenção (6.765€). Apesar de, nesta coorte, o custo total da prevenção ser mais elevado do que o custo total do tratamento (1.373.373€ vs. 789.462€), abrangeu cinco vezes mais doentes, virtualmente sem mortalidade associada.

Discussão: Os resultados demonstram que a prevenção em portadores de variantes no gene *CDH1* assegura trajetórias de cuidados mais estáveis, o que melhora a sobrevida. Os custos médios de prevenção são significativamente inferiores por indivíduo, comparativamente com os de tratamento de portadores com doença sintomática. O tratamento acarreta uma exigência clínica significativamente mais elevada, mortalidade precoce e maior consumo de recursos hospitalares e terapêuticos. Estes resultados reforçam a necessidade de diagnóstico precoce e de trajetórias de prevenção estruturadas, com vigilância adequada e cirurgia profilática em tempo oportuno.

Conclusões: Nos Centros de Referência Europeus da ERN GENTURIS, a prevenção da síndrome HDGC é clinicamente mais favorável e economicamente sustentável do que o tratamento da doença sintomática. Estes dados sustentam políticas de saúde que priorizem a oncogenética, a vigilância estruturada e a cirurgia de redução de risco, quando indicado, como forma de melhorar resultados e otimizar a utilização de recursos ao dispor de hospitais e doentes com esta síndrome.

Agradecimentos: Este projeto recebeu financiamento da União Europeia através do programa *Horizon Europe – Coordination and Support Action*, ao abrigo do Acordo de Subvenção n.º 101095483 (PREVENTABLE).

IMPACTO DA IDADE NA EFICÁCIA E SEGURANÇA DO TRATAMENTO COM TRIFLURIDINA-TIPIRACIL COM OU SEM BEVACIZUMAB EM DOENTES COM CARCINOMA COLORRETAL METASTÁTICO

Rafael Marques¹; Maria João Oura²; Joana Melo¹; Filipe Veiga¹; Rita Aranha¹; Inês Brandão Rêgo²; Catarina Rodrigues¹; Manuela Machado¹

1 - Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga;

2 - Unidade Local de Saúde de São João

Introdução: O carcinoma colorretal metastático (CCRm) refratário às terapêuticas-padrão constitui um desafio clínico multidisciplinar. O ensaio SUNLIGHT demonstrou que a combinação de Trifluridina-Tipiracil (FTD/TPI) com (BEV) possibilita o aumento de sobrevivência em relação ao tratamento FTD/TPI isolado. Embora 44,1% dos doentes incluídos neste ensaio tivessem ≥ 65 anos, a sub-representação habitual da população idosa em ensaios clínicos é notória.

Objetivos: Avaliar a segurança e eficácia do tratamento com FTD/TPI associado ou não a BEV em populações geriátricas (≥ 65 anos) e não geriátricas (< 65 anos) com CCRm.

Material e métodos: Estudo de coorte retrospectivo de doentes com CCRm tratados entre janeiro de 2017 e fevereiro de 2025 em dois hospitais portugueses. Os participantes foram estratificados em dois grupos: ≥ 65 anos (Grupo A) e < 65 anos (Grupo B). Foram realizadas análises descritivas, testes de qui-quadrado e análises de sobrevivência mediante métodos de Kaplan-Meier ($p < 0,05$).

Resultados: Foram incluídos 159 doentes (60% sexo masculino), com idade mediana de 63 anos (22-83). Os locais de metastização mais frequentes foram o fígado (75,5%) e o pulmão (65,4%). Mutações RAS foram detetadas em 52,8% doentes, BRAF em 2,5% e 3,1% com instabilidade de microssatélites. Todos os doentes já tinham recebido fluoropirimidinas previamente. O Grupo A incluiu 75 doentes, sendo que 60 receberam FTD/TPI isolada e 15 a combinação com BEV; o Grupo B incluiu 84 doentes, sendo que 65 receberam FTD/TPI e 19 a associação com BEV. Quanto às características clínicas, a mediana de ECOG-PS foi 1 em ambos os grupos, com uma maior percentagem de doentes com ECOG-PS 2 no Grupo A (28% vs 19%).

Na análise de sobrevivência, o Grupo A revelou uma mediana de Sobrevivência Global (SG) superior na coorte tratada com FTD/TPI+BEV: 11 meses (IC 95%: 7,4–14,6) vs 7 meses (IC 95%: 5,1–8,8), $p=0,08$; HR=0,57 (IC 95%: 0,2–1,1). A Sobrevivência Livre de Progressão (SLP) mediana foi de 6 meses (IC 95%: 1,8–10,1) na combinação vs 3 meses (IC 95%: 2,4–3,6) na monoterapia, $p=0,01$; HR=0,48 (IC 95%: 0,26–0,91). A Taxa de Resposta Objetiva (TRO) foi de 13,3% na associação e 6,8% na monoterapia, sem significado estatístico. A Taxa de Controlo da Doença

(TCD) foi significativamente maior na combinação (60,0% vs 28,3%; $p=0,02$). Quanto aos eventos adversos (EA) de grau ≥ 3 , ocorreram em 26,7% dos doentes tratados com associação e 29,3% na monoterapia, sem diferença estatística significativa.

No Grupo B, a SG mediana foi de 8 meses na coorte tratada com FTD/TPI+BEV vs 5 meses na monoterapia ($p=0,2$); HR=0,69 (IC 95%: 0,38–1,26). A SLP mediana foi de 3 meses na associação vs 2 meses na monoterapia ($p=0,03$); HR=0,59 (IC 95%: 0,35–1,00).

As TRO e TCD foram maiores na associação (21,0% vs 0%, e 52,6% vs 12,7%, respetivamente, ambos com $p < 0,01$). Na associação, os EA ≥ 3 foram de 31,3% e na monoterapia de 16,9%, sem significado estatístico.

O benefício, em ambos os grupos, foi independente do sexo, do ECOG-PS e do status mutacional.

Discussão: Com base no estudo realizado, podemos concluir que a associação FTD/TPI+BEV representa uma terapêutica eficaz, em ambos os grupos analisados.

Especificamente, os resultados indicam que a associação resultou numa mediana de SLP significativamente maior em ambos os grupos, com uma redução estatisticamente significativa do risco de progressão na população mais jovem e uma tendência favorável na SG embora esta última não tenha atingido significado estatístico.

Do ponto de vista da segurança, a incidência de EA grau ≥ 3 foi similar entre as duas estratégias terapêuticas, sugerindo que a adição de BEV não pareceu aumentar de forma relevante a toxicidade grave, independentemente da faixa etária.

Por fim, o benefício terapêutico foi consistente independente do sexo, do ECOG-PS e do status mutacional, reforçando a utilidade desta combinação em diferentes subgrupos de doentes.

Conclusões: Estes resultados sustentam a possibilidade de considerar a combinação de FTD/TPI com BEV como uma opção de tratamento eficaz e seguro para doentes geriátricos e não geriátricos contribuindo assim para melhorar o *continuum* de tratamentos no CCRm.



MORBIMORTALIDADE E CUIDADOS DE SUPORTE EM DOENTES COM CANCRO DO ESÓFAGO SUBMETIDOS A QUIMIO-RADIOTERAPIA NEOADJUVANTE

Madalena Silveira Machado; Margarida Quinto Pereira; Rita Sobral; Alice Figueiredo; Catarina Relvas; Bernardo Alves Pereira; Ana Carla Luís; Isália Miguel; Pedro Freitas; João Oliveira; Madalena Pereira Dos Santos; Fátima Vaz

Instituto Português De Oncologia Lisboa

Introdução: O cancro do esófago (CE) é o sétimo mais frequente no mundo, sendo o adenocarcinoma (ADC) a histologia mais prevalente em países desenvolvidos, correspondendo a dois terços dos diagnósticos. Apesar dos avanços nos tratamentos multimodais: quimioterapia (QT) perioperatória ou quimio-radioterapia neoadjuvante (QRTNA) associados a cirurgia o CE é o sexto com a taxa de mortalidade mais elevada no mundo.

O estado nutricional e as comorbilidades destes doentes têm um papel importante na decisão da estratégia neoadjuvante e têm impacto no perfil de toxicidades e no prognóstico.

Objetivos: Caracterizar a nossa população. Avaliar a adesão ao tratamento com QRT NA, perfil de toxicidades e eficácia. Avaliar os tempos de atuação, o acesso a cuidados de suporte e a evolução do peso durante o tratamento.

Material e métodos: Estudo de coorte retrospectivo dos doentes com diagnóstico de neoplasia do esófago ou da junção esofagogastrica (JEG), localmente avançados (T2 – T4 ou N+, MO), tratados com QRTNA na nossa instituição, entre 2019 e 2021.

Foram avaliados dados demográficos e clínicos do doente (sexo, idade, peso), do tumor (histologia, classificação TNM), do tratamento (esquema de QT e de radioterapia (RT), toxicidade à QRT, regressão histopatológica e complicações cirúrgicas). Foram ainda avaliados a taxa de acesso a cuidados de suporte (consulta de nutrição e de medicina física e reabilitação), tempos desde reunião de decisão (CDT) até início de QRT, tempo desde final da QRT até à cirurgia e tempo total de internamento (durante e após tratamento).

Os dados foram colhidos através da consulta de processo clínico, a análise é descritiva. A sobrevivência global (SG) foi estimada pelo método de Kaplan-Meier.

Resultados: Foram incluídos 64 doentes (dts); 85.9% do sexo masculino, com idade mediana de 67 (50-79) anos, e 27 (42,2%) tinham perda de peso de $\geq 10\%$. Quarenta e seis (71,9%) dts tinham CE, e 18 (28%) tinham cancro da JEG. Na população total a maioria tinha histologia de carcinoma pavimentocelular (CPC) (n=38, 59.4%). Na população com cancro da JEG, a maioria eram ADC (n=17, 94,4%). A maioria tinha envolvimento ganglionar (n= 54, 84.3%), tamanho do tumor T3 (n=43, 67.2%) e 11 (17.4%) tinham T4.

O esquema de QT com carboplatina-paclitaxel semanal foi o regime mais utilizado (n= 46, 71.9%). As doses RT variaram entre 41.4 a 50.4 Gy. Catorze dts (21.9%) necessitaram de internamento por toxicidade e 10 (15.6%) necessitaram de redução de doses de QT. Um doente descontinuou QRTNA. A cirurgia foi possível em 56 dts (87.5%), com uma taxa de mortalidade de 12.5%. A resposta patológica completa foi de 28.5%. O tempo mediano entre a CDT e o início QRT foi de 26 dias e entre o final da QRTNA e a cirurgia foi de 7,5 semanas. Vinte e nove dts (45.3%) tiveram consulta de nutrição antes do início da QRTNA e 22 (34,7%) necessitaram de colocar sonda nasogástrica ou gastrostomia percutânea para alimentação; A maioria (n=52, 81.2%) foram referenciados à consulta de medicina física e reabilitação antes da cirurgia. Relativamente ao peso: 6 dts (9,4% mantiveram o peso durante o tratamento com QRTNA, 8 (12,5%) ganharam em média 3kg (1-8) e 45 (70,3%) perderam em média 6,5kg (1-14).

Após uma mediana de seguimento de 16.5 meses a SG mediana foi 15.8 meses, 95% CI [7.73–23.86]; 25% (n=16) ainda estão vivos (18.5–73.3 months) e desses, 2 têm doença metastática.

Estes doentes estiveram uma mediana de 23 (0-163) dias internados durante o seu seguimento na nossa instituição.

Discussão: Nesta coorte unicêntrica de doentes com cancro do esófago tratados com QRTNA seguida de cirurgia, foi incluída uma elevada proporção de doentes com tumores de alto risco (T4 e N+), perda ponderal significativa e idade mais avançada — fatores que podem explicar parcialmente a menor SG em comparação com os estudos que deram origem a esta abordagem terapêutica.

Conclusão: O carcinoma pavimentocelular foi o mais prevalente na nossa população e a QRTNA foi, em geral, bem tolerada, mas a SG foi menor que a esperada. Estes achados reforçam a necessidade de uma melhor seleção dos doentes, de uma otimização dos tempos de tratamento e da integração precoce de cuidados de suporte para melhorar os resultados — em particular intervenções nutricionais.



RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA NO TRATAMENTO DE METÁSTASES HEPÁTICAS DE CARCINOMA COLORRETAL - ESTUDO RETROSPECTIVO NUMA INSTITUIÇÃO

Miguel Catalo; Olga Sousa; Isabel Rodrigues; Eduardo Rocha; João Basílio; João Silva; Bárbara Castro; Dora Gomes

Instituto Português de Oncologia Porto

Instituto Português de Oncologia Porto

Introdução: Entende-se como doença oligometastática um estado intermédio entre doença localizada e disseminada, no qual uma intervenção dirigida diretamente às metástases melhora a sobrevivência a longo prazo. [AL SHAFA] O fígado é um local frequente de metastização, nomeadamente em 30-70% dos casos de cancro colorretal (CCR). [JOO] A cirurgia é a modalidade terapêutica de eleição no tratamento dirigido das oligometástases hepáticas, sendo a radioterapia estereotáxica (SBRT) uma opção a considerar quando o doente não é candidato cirúrgico [FRANZESE], otimizando a sobrevivência e procurando protelar a necessidade de tratamento sistémico adicional. Existem diversos fracionamentos, escolhidos de acordo com a dimensão e a localização das lesões, bem como da sua proximidade a órgãos em risco (OAR).

Objetivos: Descrever as características clínicas e os resultados de controlo local, sobrevivência global e toxicidades em doentes com metastização hepática de CCR tratados com SBRT.

Material e métodos: Estudo retrospectivo institucional de doentes submetidos a SBRT a oligometástases hepáticas de CCR, entre 2014 e 2024. Os dados foram recolhidos através dos registos clínicos informáticos e a análise estatística realizada com base em SPSS.

Resultados: Foram identificados 26 doentes, 76,9% do sexo masculino, com idade mediana de 68 anos (41-84 anos). Foram tratadas 37 lesões em 28 sessões de SBRT (9 doentes trataram 2 lesões na mesma sessão; 2 doentes já tratados previamente, voltaram a tratar 1 lesão adicional). 53,8% (n=14) dos doentes referenciados para SBRT tinha diagnóstico de doença metastática desenvolvida de forma metácrona. 61,5% (n=16) apresentava também lesões secundárias noutras localizações. O tempo mediano desde o diagnóstico da metástase até SBRT foi 21 meses (2-137 M). 17 doentes (65,4%) foram submetidos a tratamento sistémico prévio à SBRT, obtendo-se doença estável (DE) em 41,2% (n=7) e resposta parcial (RP) em 58,8% (n=10). O número mediano de linhas de tratamento foi de 1 (0-4 linhas). O diâmetro máximo mediano das lesões irradiadas foi 20 mm (5-70 mm) e o ITV mediano foi 14,9 cc (0,1-73 cc). 64,9% (n=24) das lesões foram tratadas com 50Gy em 5 frações e 35,1% com 60Gy em 3 frações (n=13).

No que diz respeito à resposta, foi observada DE em 32,4% (n=12), RC em 35,1% (n=13) e RP em 21,6% (n=8). Em 10,8%

dos doentes (n=4), a avaliação de resposta foi precoce, tendo sido difícil a interpretação da mesma.

Foi registada progressão/recidiva de doença local em 36,4% (n=12), para uma sobrevivência livre de progressão (SLP) local aos 2 anos de 46,6%. Nas lesões tratadas com o esquema 50Gy em 5 frações verificou-se progressão local 45,8% (n=11), com SLP local de 31,4% aos 2 anos, enquanto nas tratadas com 60Gy em 3 frações evidenciou-se progressão de doença local em 7,7% (n=1), com SLP local de 50%, aos 2 anos, verificando-se uma diferença estatisticamente significativa entre estas (Log-Rank test 7,51; p=0,006). Observou-se progressão/recidiva de doença noutras localizações em 69,2% (n=18) - fígado em 94,4% (n=17), pulmão em 27,7% (n=5) e gânglios linfáticos em 16,6% (n=3). A SLP à distância foi 42,9% aos 12 meses (39,5% no grupo dos 50Gy/5fr e 53,3% no grupo dos 60Gy/3fr - Log Rank test 0,93, p=0,335). A SG aos 2 anos foi 60,6% (56,0% no grupo dos 50Gy/5fr e 66,7% no grupo dos 60Gy/3fr - Log Rank test 0,79, p=0,778). 69,2% dos doentes (n=18) reiniciou tratamento sistémico.

Foram registadas toxicidades em 46,2% (n=12). Agudamente, astenia G1 em 15,4% (n=4), dor G1 no hipocôndrio direito em 7,7% (n=2) e elevação da GGT ≤ 2 em 7,7% (n=2). Em contexto tardio, verificou-se, principalmente, elevação da GGT ≤ 2 em 7,7% (n=2). Não se observaram toxicidades ≥ 3 .

Discussão: As taxas de controlo local e SG observadas com o tratamento de SBRT estão de acordo com as descritas na literatura, 32-91% e 26-83%, respetivamente, aos 2 anos. [JOO, FRANZESE] A SBRT conferiu ainda sobrevivência global sobreponível à de séries cirúrgicas (29,7%-80% aos 3 anos). [KANAS] Os resultados obtidos demonstraram que o regime de 60 Gy em 3 frações se associou a um melhor controlo local aos 2 anos comparativamente com 50 Gy em 5 frações, com diferença estatisticamente significativa (p=0,006). Este achado é consistente com a literatura, que mostra que doses ablativas mais elevadas (maior EQD2) se traduzem em melhor controlo local em metástases hepáticas. [SCORSETTI; RUSTHOVEN; LEE; FRANZESE] A OS e SLP à distância não se mostraram significativamente diferentes entre os dois esquemas. A toxicidade observada foi exclusivamente ≤ 2 , confirmando a segurança da SBRT hepática, mesmo em regimes hipofracionados de alta dose, como demonstrado em meta-análises recentes. [FRANZESE]

Conclusões: A SBRT no tratamento de metástases hepáticas de CCR mostrou ser uma opção segura e eficaz, com boas taxas de resposta e toxicidade reduzida. O regime de 60 Gy/3 frações evidenciou melhor controlo local a 2 anos em comparação com 50 Gy/5 frações. Estes achados apoiam a adoção de esquemas com maior EQD2, sempre que sejam cumpridos os constrangimentos dos OAR.

CARCINOMA GÁSTRICO METASTÁTICO: PARA ALÉM DA TERAPÊUTICA SISTÊMICA

Joana Raquel Santos Moraes; Maria Teresa Neves; Pedro Frazão; Francisca Liz; Vasco Fonseca; Ana Martins

Hospital de S. Francisco Xavier

Introdução: O carcinoma gástrico metastático continua a representar um desafio clínico, com prognóstico reservado. O tratamento padrão, segundo as guidelines da ESMO, baseia-se em quimioterapia sistémica, com possibilidade de integração de terapêuticas dirigidas e, mais recentemente, adição de imunoterapia. Estratégias locorregionais, como cirurgia, radioterapia ou ablação percutânea de metástases, não são recomendadas por rotina no carcinoma gástrico metastático, ao contrário do que sucede noutras neoplasias digestivas. Contudo, em contextos altamente selecionados e em centros especializados, tais intervenções podem ser ponderadas no contexto de doença oligometastática ou com intenção de controlo locorregional.

Objetivos: Apresentar um caso clínico de carcinoma gástrico metastático no doente idoso submetido a uma abordagem multimodal prolongada, integrando quimioterapia, imunoterapia e termoablação hepática, salientando a raridade desta estratégia e a pertinência da discussão em contexto multidisciplinar.

Material e métodos: Foi realizada revisão sistemática do processo clínico de um doente seguido em consulta de oncologia médica, incluindo dados clínicos, imagiológicos, laboratoriais e terapêuticos. A descrição é apresentada de forma cronológica, com análise crítica das decisões tomadas face às recomendações internacionais e ao contexto individual do doente.

Resultados: Homem de 86 anos, sem comorbilidades major, score G8 de 15 e ECOG PS 1, diagnosticado em 2022 com adenocarcinoma gástrico (HER2 score 1+, PDL1 CPS 1–3). Realizou quimioterapia perioperatória com FLOT e foi submetido a gastrectomia subtotal (maio 2022), com resultado anatomo-patológico ypT3 ypN1, R0. Cumpriu quimioterapia adjuvante com 4 ciclos de FLOT.

Em março de 2023, foi detetada, em TC-TAP, metástase hepática volumosa (~4,7 cm, segmento VI), confirmando progressão metastática. Iniciou, neste contexto, 1ª linha paliativa com FOLFIRI em junho de 2023, com resposta parcial sustentada após 14 ciclos. Em março de 2024, verificou-se redução dimensional de metástase hepática, o que motivou avaliação em consulta de Cirurgia Hepato-Bilio-Pancreática, tendo sido submetido a termoablação percutânea em maio de 2024, com resposta completa local.

Em setembro de 2024, em TC de reavaliação verificou-se recidiva local no mesmo lobo. Em janeiro de 2025, foi submetido a nova ablação percutânea. Em julho de 2025, constatou-se progressão hepática com lesões

satélite nos segmentos VI/VII, com 96×82 mm e nódulos de 33–37 mm tendo iniciado FOLFOX + pembrolizumab, de acordo com aprovação para doentes PDL1 CPS ≥ 1.

O doente manteve bom estado geral, com toxicidade controlada e preservação da qualidade de vida, apresentando sobrevida prolongada face ao esperado para esta faixa etária e estadio.

Discussão: Este caso ilustra uma abordagem multimodal pouco habitual no carcinoma gástrico metastático, especialmente no doente idoso. As estratégias locais como termoablação hepática não constituem recomendação standard, mas podem ser discutidas em contextos individualizados de oligometastização. A decisão multidisciplinar foi crucial, permitindo integrar terapêuticas sistémicas e locais.

Do ponto de vista científico, este caso levanta várias questões:

- Seleção do doente: idade avançada não foi impeditiva de múltiplas linhas terapêuticas, devido a bom performance status e score G8 de 15.
- Integração de terapêuticas locais: embora não standard, a termoablação permitiu controlo local e atraso na necessidade de mudança de linha sistémica.
- Sequência terapêutica sistémica prolongada: o doente beneficiou de várias estratégias terapêuticas (FLOT, FOLFIRI, FOLFOX + pembrolizumab) com intervalos de resposta relevantes.
- Implicações clínicas: em doentes selecionados, a utilização ponderada de abordagens locais pode prolongar controlo da doença e manter qualidade de vida.

Conclusões: Este caso clínico demonstra que a integração de terapêuticas locais e sistémicas pode ser considerada em doentes selecionados com carcinoma gástrico metastático, sobretudo em contexto oligometastático e com bom estado funcional, mesmo em idade avançada. A termoablação hepática, ainda que não constitua standard of care, permitiu resposta local e prolongamento do benefício terapêutico sistémico. A decisão multidisciplinar revelou-se fundamental para sustentar opções fora das recomendações habituais, reforçando a importância da individualização do tratamento oncológico e discussão em equipa.



RADIOQUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE NO CANCRO DO ESÓFAGO: 22 ANOS DE RESULTADOS E EXPERIÊNCIA CLÍNICA

Leonor Santos Martins; Paulo S. Oliva Teles; Sofia Semedo; Ana Carolina Bessa; Diogo Miguel Lopes; Bruno Moura Fernandes; Tomás Cabral Dinis; Tânia Teixeira; Sara Pinheiro; Margarida Borrego

Unidade Local de Saúde de Coimbra

Introdução: O cancro do esófago (CE) é o 4º tumor digestivo maligno mais comum. A radioquimioterapia neoadjuvante (RQT-NA) está indicada no tratamento de doentes com CE localmente avançado não metastático. Porém, existe controvérsia no esquema de tratamento a usar dado a escassez de ensaios fase 3 robustos. Apesar disso, a RQT-NA está associada a melhores taxas de resposta patológica completa (pCR) e cirurgia R0.

Objetivos: Avaliar toxicidades, resposta à terapêutica e sobrevivências após RQT-NA no CE.

Material e métodos: Análise retrospectiva de doentes com CE submetidos a RQT-NA entre janeiro/2002 e dezembro/2024, estando incluídos doentes que realizaram quimioterapia (QT) concomitante quer com Cisplatina + 5-Fluorouracilo (CF) ou Carboplatina + Paclitaxel (protocolo CROSS), que o centro iniciou em 2015.

Avaliação de resposta com Tomografia Computorizada Tóraco-abdomino-pélvica e/ou Tomografia por Emissão de Positrões com Tomografia Computorizada com 18F-Fluordesoxiglicose (PET-CT) e análise anátomo-patológica da peça operatória. Avaliação de toxicidade aguda pela escala CTCAE versão 5. Análise de sobrevivência com o método de Kaplan-Meier e significância estatística com $\alpha=0.05$.

Resultados: A nossa amostra inclui 176 doentes, sendo 90,9% do sexo masculino, com idade mediana de 63 (35-84) anos, com hábitos etílicos em 80,9% e tabágicos em 70,0%. Ao diagnóstico, apresentavam perda ponderal (64,1%) e disfagia (88,0%), sendo que, previamente a RQT-NA, 12,0% necessitaram de dilatação e 4,0% de colocação de prótese esofágica. A neoplasia localizava-se no terço médio (38,1%), inferior (27,3%) e JEG (Siewert I), com estadiamento clínico cT3 (89,1%), cT4 (2,3%) e cN+ (74,9%). Os adenocarcinomas representam 33,7% do grupo CROSS e 26,7% do grupo CF, sem disparidade inter-grupos no estadiamento tumoral (cT), com 75% de estadiamento ganglionar positivo.

Relativamente à RQT-NA, 58,0% efetuaram o protocolo CROSS, enquanto 42,0% realizaram com CF. 95,5% completaram a dose de RT planeada (97,0% - CROSS, 93,2% CF), tendo 17,7% necessitado de interromper QT (18,8% no protocolo CROSS e 16,4% no CF) por toxicidade, ocorrendo em grau ≥ 3 em 22,8% no protocolo CROSS e 32,4% no CF, maioritariamente toxicidade hematológica, grau ≥ 3 em 18,2% dos doentes: leucopenia G3 (12,9%) e neutropenia G3 (8,0%).

Após RQT-NA, 44 doentes (25%) não foram submetidos a cirurgia, 4 por recusa e os restantes doentes por

agravamento clínico e/ou progressão de doença. 132 doentes foram submetidos a cirurgia (R0 em 96,9% com pCR em 36,6% (18,8% adenocarcinomas)). O tempo mediano desde fim de RQT-NA até à cirurgia foi de 11 semanas.

Verificaram-se complicações cirúrgicas em 54,9% dos doentes, principalmente insuficiência respiratória (25%), sépsis/abscessos (23,5%) e fistulas esofágicas (22,7%).

Na análise de sobrevivência, reportam-se valores aos 36 meses e respetiva mediana: Sobrevivência Global de 37,8% com mediana de 19 meses no esquema de CF versus 53,2% e 41 meses respetivamente, no protocolo CROSS; Sobrevivência Livre de Doença 47,5% no grupo CF e 51,4% no CROSS, com mediana global de 35 meses; Sobrevivência Específica de Doença (SED) 41,4% no grupo de CF e 71,5% no CROSS ($p=0.006$); Sobrevivência Livre de Metastização 52,6% no CF e 59,9% no CROSS e Sobrevivência Livre de Doença Loco-Regional foi de 62,3% no CROSS, não tendo ocorrido eventos em número relevante para análise no grupo CF.

Nos doentes submetidos ao protocolo CROSS, obteve-se pCR em 32,9% (20,7% adenocarcinomas) e cirurgia R0 em 96,5% (adenocarcinomas 96,6%). Não se observaram diferenças estatisticamente significativas nas sobrevivências em relação aos diferentes tipos histológicos. Em relação à SLDLR, observou-se diferença entre pCR (80%) versus sem pCr (55,9%) ($p=0.063$), na SLD e SLM as diferenças observadas, quanto à pCR, tiveram significância estatística, $p=0,006$ e $p=0,005$, respetivamente. Houve um maior número de complicações cirúrgicas nas histologias não adenocarcinomas ($p=0.11$).

A mortalidade nos primeiros 30 dias após a cirurgia foi de 3,4% no grupo CROSS e 8,9% no grupo CF, e a mortalidade aos 90 dias pós-cirurgia foi de 9,2% no grupo CROSS e 22% no CF.

Discussão: A introdução de PET-CT no estadiamento, permitindo a discriminação de atividade metabólica, não objetivada na TC, permite explicar a maior percentagem de cN+ no grupo CROSS, tendo os doentes deste protocolo realizado mais exames de estadiamento com PET-CT.

De ressaltar, que nesta análise foi considerada como critério de interrupção de QT, a realização de menos de 5 ciclos de QT no protocolo CROSS.

A mortalidade inferior aos 30 ou 90 dias está amplamente associada ao procedimento cirúrgico, estando demonstrado benefício com o uso do protocolo CROSS na nossa análise.

Não foi avaliado o uso de Nivolumab adjuvante nos doentes sem pCR, de acordo com as guidelines mais recentes, uma vez que o número de doentes submetidos a esta terapêutica foi diminuto, não apresentando seguimento suficiente para obtenção de resultados significativos.

Conclusões: A RQT-NA no CE com o protocolo CROSS revela-se uma terapêutica eficaz, com toxicidade manejável, taxas de pCR elevadas, nomeadamente nos adenocarcinomas (superior aos dados dos ensaios mais recentes), com resseções cirúrgicas completas e sobrevivências sobreponíveis nas diferentes histologias.

ADENOCARCINOMA ESOFÁGICO HER2 POSITIVO METASTÁTICO: EXPERIÊNCIA CLÍNICA COM TRASTUZUMAB DERUXTECANO EM CONTEXTO OFF-LABEL

Nidia Maltez Cunha; Júlio Teixeira; Daniel Bandarra; Nathalie Guerrero; Cindy Fazenda; Cidália Pinto

Unidade Local de Saúde do Algarve

Introdução: O adenocarcinoma do esôfago é uma neoplasia agressiva, frequentemente diagnosticada em estádios avançados, com prognóstico reservado (sobrevivência a 5 anos ~20%). A caracterização molecular tornou-se essencial, destacando-se biomarcadores como o HER2 (positivo em cerca de 15–20% dos casos) e o PD-L1, que orientam estratégias de tratamento personalizadas. A terapêutica anti-HER2 com trastuzumab em combinação com quimioterapia demonstrou benefício em termos de sobrevivência global no estudo TOGA (13,8 vs 11,1 meses), conduzido em doentes com adenocarcinoma gástrico e da junção esofagogastrica (JEG), constituindo atualmente o standard de 1.ª linha nesses contextos. Mais recentemente, o trastuzumab deruxtecano (T-DXd) mostrou ganhos significativos de sobrevivência global em doentes previamente tratados com adenocarcinoma gástrico/JEG HER2+ (DESTINY-Gastric01: 14,7 vs 11,4 meses). No entanto, a evidência para adenocarcinoma do esôfago médio/distal permanece limitada, sendo a utilização destas terapêuticas neste cenário considerada *off-label*, ainda que suportada pela biologia tumoral comum a estas entidades.

Objetivos: Apresentar o caso clínico de um doente com adenocarcinoma do esôfago médio/distal HER2 positivo metastático, tratado com terapêuticas agnósticas (trastuzumab e T-DXd), destacando a evolução clínica, resposta tumoral e complicações associadas, com enfoque no papel do T-DXd em cenário *off-label*.

Material e Métodos: Revisão descritiva do caso clínico de um doente seguido em consulta de Oncologia Médica entre novembro de 2023 até à atualidade. Foram analisados dados clínicos, imagiológicos, endoscópicos e laboratoriais, assim como os esquemas terapêuticos administrados e a sua tolerância.

Resultados: Homem de 73 anos, com antecedentes de HTA, DM2 e DPOC, diagnosticado em agosto/2023 com adenocarcinoma esofágico médio/distal (~32 cm), HER2 3+, PD-L1 negativo, estágio inicial cT3N+M1 (cadeias ganglionares supra/infradiaphragmáticas, lesão óssea na escápula direita e nódulos pulmonares suspeitos). Iniciou 1.ª linha com FOLFOX a 30/11/2023, obtendo resposta parcial em TC após seis ciclos (fev/2024). Atendendo à positividade HER2, e por extrapolação do estudo TOGA (*off-label*), foi acrescentado trastuzumab a partir do 6.º ciclo, sendo posteriormente mantido em monoterapia até progressão, após 11 ciclos de FOLFOX, interrompidos por astenia e neuropatia G2.

Com progressão local (mai/2024), iniciou-se 2.ª linha com

T-DXd em contexto *off-label*, suportado pelos resultados dos estudos DESTINY-Gastric01 e DESTINY-PanTumor, a 29/02/2024. Obteve resposta parcial (nov/2024) ao fim de 11 meses e manteve tratamento. Desenvolveu pneumonite induzida pelo fármaco ao 4º ciclo, confirmada em TC, motivando suspensão temporária e início de corticoterapia; após melhoria clínica e radiológica, retomou T-DXd em dose reduzida (4,4 mg/kg), com excelente tolerância e manutenção de resposta.

No seguimento, apresentou TVP/TEP (fev/2025), sob apixabano. Em mai/2025, encontrava-se clinicamente estável, sem progressão sistémica documentada (TC sem novas lesões), apenas com disfagia ligeira, mantendo atividades de vida diária preservadas. Até 31/07/2025, mantinha doença estável, com tempo livre de progressão ~17 meses desde o início de T-DXd, valor superior às medianas reportadas em 2.ª linha (~4,4 meses com paclitaxel+ramucirumab, RAINBOW – gástrico/JEG; ~5,5–5,6 meses com T-DXd, DESTINY-Gastric). Este resultado reforça o benefício clínico observado em contexto *off-label*. A pneumonite/ILD registada corresponde a uma toxicidade reconhecida do T-DXd, descrita em ~10% dos doentes nos ensaios clínicos.

Discussão: O caso evidencia a importância da determinação de biomarcadores na decisão terapêutica no adenocarcinoma do esôfago avançado. A utilização de trastuzumab em associação à quimioterapia baseia-se no ensaio TOGA, sendo o standard de 1.ª linha para doentes HER2+. Na progressão, as opções de 2.ª linha nesta doença são limitadas, com benefício modesto da quimioterapia (por exemplo, FOLFIRI). O T-DXd surge como alternativa promissora, com eficácia demonstrada em ensaios clínicos de carcinoma gástrico e da junção esofagogastrica (JEG) HER2+ (estudos DESTINY, entre outros), tendo mostrado superioridade face a esquemas como paclitaxel+ramucirumab naquele contexto, embora ainda não aprovado para esta indicação no esôfago médio/distal. Optou-se pelo uso do T-DXd em segunda linha no caso apresentado, extrapolando a evidência disponível e procurando oferecer a melhor opção terapêutica ao doente. O doente apresentou benefício clínico e resposta radiológica sustentada, com tempo livre de progressão acima do esperado; mantém-se em resposta desde o início da 2.ª linha, já ultrapassando a mediana de sobrevivência global típica do estágio IV. Destaca-se, no entanto, a toxicidade pulmonar relevante observada (pneumonite), um efeito adverso reconhecido do T-DXd que constitui um desafio terapêutico e exige monitorização rigorosa.

Conclusões: O presente caso reforça o papel das terapêuticas dirigidas ao HER2 no adenocarcinoma do esôfago metastático, demonstrando resposta tumoral relevante e controlo prolongado da doença em cenário de progressão, ultrapassando a sobrevivência mediana esperada para o estágio IV. Sublinha igualmente os desafios relacionados com a toxicidade do T-DXd, em particular a pneumonite, e a importância de uma abordagem multidisciplinar. Este relato contribui para a valorização de estratégias personalizadas em oncologia digestiva.

DA PIPETA AO CONSULTÓRIO: COMPARAÇÃO DA MONOTERAPIA COM TAS-102 VS COMBINAÇÃO TAS-102 + BEVACIZUMAB EM PRÁTICA REAL E RESPECTIVA INFLUÊNCIA DO CURSO DA DOENÇA

José Guilherme Gonçalves Nobre; João de Brito;
Sofia Bastos; Tiago Ferreira; Joana Santos; Beatriz
Castanheira; Patrícia Lima; Mariana Santiago; Ana
Soares; Ana Raquel Miranda; Ângela Dias; Hélder
Mansinho

Hospital Garcia de Orta, E.P.E.

Introdução: Pela elevada prevalência de cancro colorretal em Portugal, segundo mais prevalente do país, torna-se essencial existirem avanços em termos do diagnóstico e de maior disponibilidade de linhas terapêuticas mais eficazes e seguras, mesmo em fases mais avançadas da doença. É neste contexto que o ensaio SUNLIGHT nos vem demonstrar a superioridade da combinação do TAS-102 + bevacizumab face à já estabelecida monoterapia com TAS-102 em doentes com cancro colorretal metastático refratário, com melhorias em termos de sobrevivência global e livre de doença (SG e SLD, respetivamente) e com um perfil de segurança mais maneável. Assim, foi incluído em esquema de 3.ª linha nas orientações clínicas europeias mais recentes. Contudo, a magnitude do benefício, a sua segurança no quotidiano, e fatores moduladores de eficácia permanecem áreas de investigação.

Objetivos: 1) Comparar a eficácia (SG, SLD) e segurança de TAS-102 + bevacizumab *versus* TAS-102 em contexto real; 2) Avaliar a influência do tempo desde o início da 1.ª linha até ao início de TAS-102 (curso da doença) no efeito terapêutico.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo, observacional e unicêntrico, com base em registos de saúde eletrónicos, incluindo doentes com cancro colorretal metastático refratário consecutivos em 3.ª linha com TAS-102 isolado ou em associação com bevacizumab, no período temporal entre 2018 e 2023. Foi realizada estatística descritiva para caracterização das coortes. Curvas de sobrevivência de Kaplan-Meier e de Cox foram usadas para análise de sobrevivência. Procedeu-se à análise temporal dos dados pré- e pós-ensaio SUNLIGHT, através de modelos de regressão linear e logística. Foi inclusivamente determinada a interação entre o tipo de terapêutica e o tempo entre a 1.ª linha e o início de TAS-102 para avaliação da modificação do efeito.

Resultados: A amostra total compreende 67 doentes (combinação n=20; monoterapia n=47), sendo que as coortes foram globalmente comparáveis em idade ($66,2 \pm 11,7$ vs $63,9 \pm 13,1$ anos), sexo (masculino 55%) e mutação KRAS (cerca de 55% em ambos), bem como em exposição prévia a anti-VEGF (85% vs 87%) e anti-EGFR (25% vs 43%). Denotou-se diferença na lateralidade (esquerdo 55% vs

83%; direito 35% vs 15%; reto 10% vs 0%; valor-p = 0,03). A *performance status* foi semelhante (40% vs 47%), tal como o número de linhas prévias foi maioritariamente 2 (duas) em ambos (65% vs 81%). Em termos de eficácia, a SLD média foi $5,4 \pm 3,3$ vs $4,3 \pm 2,4$ meses (valor-p = 0,18), com tendência a favor da associação. Adicionalmente, a SG foi superior na combinação ($9,9 \pm 5,7$ vs $6,7 \pm 5,4$ meses; valor-p = 0,01). O número de ciclos de TAS-102 foi numericamente superior na associação ($4,6 \pm 2,4$ vs $3,5 \pm 2,4$; valor-p = 0,07). Relativamente à segurança, a proporção de efeitos adversos foi semelhante (65% vs 60%; valor-p = 0,89), dos quais se destaca a mucosite, com maior frequência na terapêutica combinada (valor-p = 0,02). Nas análises temporais pré- vs pós-SUNLIGHT, observou-se aumento de efeitos adversos $\geq$ G3 (CTCAE v5) na associação (cof. +3,14; valor-p = 0,032), contudo, mantendo-se a tendência para o benefício clínico em SG (+4,3 meses; valor-p = 0,196) e SLD (+2,9 meses; valor-p = 0,077). O tempo desde a 1.ª linha até ao início de TAS-102 manifestou-se como modificador do efeito do tratamento ($\beta = -0,20$ meses de ganho por cada mês adicional até início de TAS-102; valor-p = 0,032), sugerindo maior benefício da associação em doentes com progressão de doença mais rápida.

Discussão: Na prática clínica, os nossos dados replicam a direção de efeito do SUNLIGHT a favor da combinação TAS-102 + bevacizumab, mas com magnitude inferior e significância limitada, tendo em conta a reduzida dimensão amostral e fatores confundentes. Em termos comparativos, a SLD no SUNLIGHT rondou os 5,6 meses, semelhante à prática clínica que se situou nos 5,4 meses, enquanto a SG foi equivalente (10,8 vs 9,9 meses). Em segurança, o perfil foi similar ao descrito no ensaio SUNLIGHT (neutropenia, náuseas e anemia como efeitos adversos mais frequentes). Contudo, a destacar que a mucosite foi mais comum na associação, relativamente ao nosso quotidiano. A principal novidade é relativa ao tempo desde a 1.ª linha até à introdução do TAS-102 + bevacizumab, que demonstrou que doentes com progressão mais rápida, ou seja, doença mais agressiva, aparentaram ter maior magnitude de benefício. Assim, esta hipótese poderá personalizar a seleção terapêutica consoante o perfil da doença, sendo que merece validação multicêntrica.

Conclusões: Em prática real, foi comprovado que TAS-102 + bevacizumab mantém vantagem clínica face à monoterapia, suportado por maior risco de efeitos adversos graves. O tempo desde a 1.ª linha até TAS-102 emergiu como *proxy* biológico que identifica doentes com neoplasia mais agressiva como potenciais candidatos a maior benefício clínico com a associação. Estes dados reforçam a aplicabilidade do SUNLIGHT na prática clínica e instigam à personalização terapêutica mesmo em linhas oncológicas mais avançadas.





POSTERS



FATORES PREDITIVOS NA SOBREVIVÊNCIA LIVRE DE RECIDIVA E NA SOBREVIVÊNCIA GLOBAL NA METASTASECTOMIA PULMONAR EM CANCRO COLORRETAL

Ana Paula Martins; Catarina Fernandes

Hospital de São João

Introdução: O cancro colorretal (CCR) constitui a neoplasia mais frequente em Portugal e a segunda causa de mortalidade por cancro, tanto a nível nacional como mundial. O CCR metastatiza predominantemente para o fígado e pulmões. Embora esteja estabelecido que a cirurgia representa o tratamento de eleição nas metástases pulmonares, permanece incerta a indicação para a realização de terapêutica de consolidação.

Objetivo: Perceber se há evidência para terapêutica de consolidação após metastasectomia pulmonar no cancro colorretal. Os autores apresentam uma análise retrospectiva de 66 doentes submetidos a metastasectomia pulmonar ao longo dos últimos oito anos (2017-2025), em dois hospitais das centrais em Portugal.

Material e Métodos: A Sobrevida Global (SG) e a Sobrevida Livre de Recidiva (SLR) após metastasectomia pulmonar foram estimadas pelo método de Kaplan-Meier e comparadas através do teste log-rank. Para análise multivariada recorreu-se à regressão de Cox.

Resultados: A mediana da idade foi de 61 anos [32-78], predominando o sexo masculino (60,6%, n=40). Aproximadamente um terço dos doentes (n=21) realizou quimioterapia de consolidação. A mediana da SLR foi de 41 meses (IC 95% 0,00-85,99) e a SG aos três anos situou-se em 52,9%. Apenas o estágio pN2 em comparação com o pNO do tumor primário evidenciou impacto negativo na SLR (16 meses versus 167 meses, IC 95% 8,6-23,4, p=0,047). Os fatores associados a um pior prognóstico em termos de SG foram: cirurgia pulmonar com margens R1 versus R0 (SG aos 4 anos de 49,1% versus 70,9%, p=0,056) e mutação KRAS versus mutação NRAS versus tipo selvagem (SG aos 4 anos de 30,3% versus 80,8% versus 78,3%, p<0,05).

Na análise multivariada, apenas as margens cirúrgicas R1 versus R0 influenciaram negativamente a SLR (HR 0,192, IC 95% 0,052-0,710, p=0,013), e a mutação RAS versus tipo selvagem impactou a SG (HR 0,269, IC 95% 0,079-0,915, p=0,035). Não foi observado impacto significativo da quimioterapia de consolidação na SLR ou SG em qualquer dos subgrupos analisados.

Discussão: O estatuto mutacional RAS afetou a sobrevivência, mas não o risco de recidiva, enquanto margens cirúrgicas comprometidas se associaram a um maior risco de recorrência da doença. Neste subgrupo de doentes, o uso de quimioterapia não conferiu benefício em termos de SLR e SG após metastasectomia pulmonar para cancro colorretal.

Conclusões: Não parece haver evidência de indicação para quimioterapia de consolidação após metastasectomia pulmonar no cancro colorretal. Recomenda-se a validação destes achados em estudos prospectivos.



TERAPÊUTICA NEOADJUVANTE TOTAL NO CANCRO DO RETO LOCALMENTE AVANÇADO: EXPERIÊNCIA DO MUNDO REAL

Ivânia Tavares Furtado; Rita Ferreira; Rui Escaleira; Filipa Verdasca; Marta Seladas; Luís Miguel; Nathalie Duarte; Ana Fernandes; João Gramaça

Unidade Local de Saúde de São José

Introdução: A terapêutica neoadjuvante total (TNT) constitui atualmente a estratégia de referência no tratamento do cancro do reto localmente avançado, com o objetivo de otimizar o controlo loco-regional e erradicar as micrometástases, contribuindo assim para a melhoria dos resultados clínicos a curto e longo prazo.

Objetivo: O objetivo deste estudo é avaliar a eficácia e a segurança da TNT em doentes com o cancro do reto localmente avançado.

Material e métodos: Trata-se de um estudo retrospectivo e unicêntrico, que incluiu doentes com cancro do reto localmente avançado submetidos a TNT entre janeiro de 2023 e dezembro de 2024. Os dados clínicos foram obtidos a partir dos registos clínicos eletrónicos. A análise estatística baseou-se em métodos descritivos, e as curvas de Kaplan-Meier foram aplicadas para avaliar a sobrevivência livre de doença e a sobrevivência global.

Resultados: Foram incluídos 37 doentes, a maioria do sexo masculino (n=21; 56,8%). A idade mediana foi de 65 anos (intervalo: 35-83) e 33 (89,2%) doentes apresentavam ECOG *performance status* ≤1. O adenocarcinoma foi a histologia observada em todos os casos. A localização mais frequente foi o reto médio (n=16; 43,2%) seguido de reto baixo (n=15; 40,5%). Dezanove doentes (51,4%) apresentavam estadió cT4 e 33 (89,2%) eram N+. Invasão da fáscia mesorretal, invasão vascular extramural (EMVI) e invasão do esfíncter anal foram identificadas em 29 (78,4%), 27 (73%) e 6 (16,1%) doentes, respetivamente.

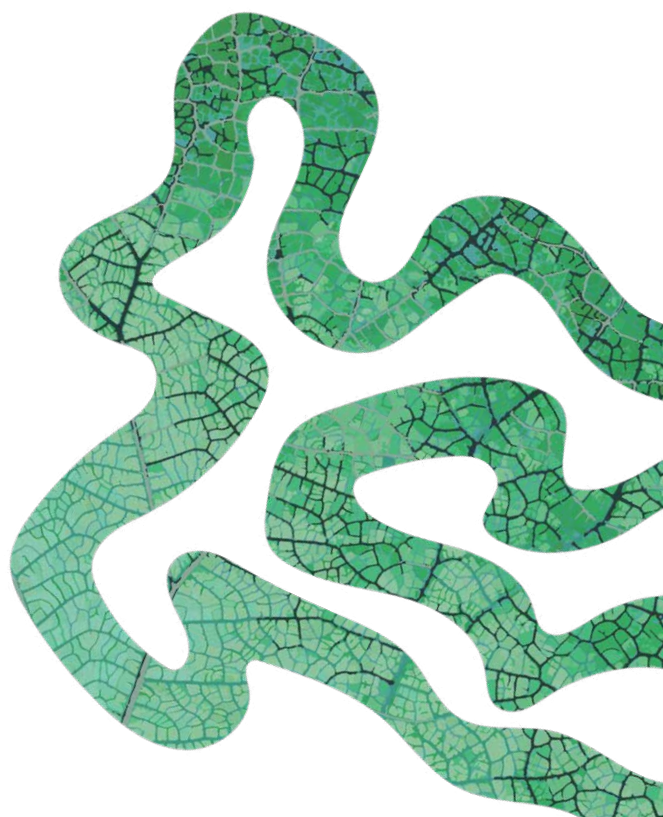
Dos 31 doentes (83,8%) com indicação e condições clínicas para realizar TNT, 29 receberam o tratamento. A duração mediana do tratamento foi de 6 meses (intervalo: 2,8-7,8). Todos os doentes receberam quimiorradioterapia de esquema longo com capecitabina, seguida de quimioterapia sequencial com CAPOX. Efeitos adversos grau 3-4 ocorreram em 5 doentes (17,2%). A descontinuação do tratamento devido a toxicidade ocorreu em 4 doentes (13,8%): duas por toxicidade gastrointestinal, uma por toxicidade hematológica e uma por complicação infecciosa.

Dois doentes (6,9%) apresentaram progressão de doença durante a TNT. À data da análise, 19 doentes (95%) já tinham sido submetidos a cirurgia, tendo a maioria realizado resseção anterior do reto (n=12; 63,2%). Resseção RO foi alcançada em 18 doentes (94,7%), e 4 (21,1%) apresentaram resposta patológica completa. Os graus de regressão tumoral 0, 1, 2 e 3 foram observados

em 4 (21,1%), 6 (31,6%), 7 (36,8%) e 3 (15,8%) doentes, respetivamente. ypN+ foi identificado em 4 doentes (21,1%), invasão linfovascular em 3 (15,8%), invasão perineural em 2 (10,5%) e *budding* tumoral em 5 (26,3%).

A mediana de *follow-up* foi de 20 meses (intervalo: 5 – 35,1). A taxa de sobrevivência livre de doença aos 12 meses foi de 96,4%, mantendo-se inalterada aos 24 meses. A sobrevivência global não foi atingida (NA; IC 95%; NA - NA). A EMVI correlacionou-se negativamente com a sobrevivência global (p = 0,046) e mostrou tendência para pior sobrevivência livre de doença (p= 0,061). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas na sobrevivência global ou livre de doença em função da invasão do esfíncter anal ou da fáscia mesorretal.

Conclusões: Esta análise retrospectiva corrobora a eficácia da TNT no cancro do reto localmente avançado, evidenciada pela elevada taxa de resseção RO e pelos resultados promissores de resposta patológica completa. O perfil de toxicidade mostrou-se aceitável. A presença de EMVI revelou-se preditora de pior prognóstico. Entre as limitações do estudo, estão o tamanho limitado da amostra, o desenho retrospectivo e o curto período de *follow-up*, fatores que podem restringir a generalização dos resultados e a robustez das conclusões.



LIVING WITH METASTATIC COLORECTAL CANCER IN PORTUGAL: INSIGHTS FROM A MCRC PATIENT EXPERIENCE SURVEY

Mónica Coutinho; Joana Tato

Takeda

Introduction: Colorectal cancer (CRC) is one of the most common types of cancer worldwide, accounting for 1 in 10 cancer-related deaths. In Portugal, CRC is the most common cancer and has the second highest 5-year prevalence, with 31,861 cases registered in 2022. Between 15-30% of patients with CRC present with metastases at diagnosis, and about 20-50% of cases of localized disease eventually progress to metastatic CRC (mCRC).

The journey of patients with mCRC is marked by often complex and challenging, requiring effective coordination between clinical teams, patients, and their support networks. Patient-centered care (i.e., prioritizing shared decision-making and the different domains of the patient's quality of life) is essential. Understanding patient experiences is critical in improving care delivery and addressing health inequities.

Objectives: The objective of this study was to explore the experiences of patients living with mCRC in Portugal, with a focus on shared treatment decision making, quality of life, and emotional and financial support needs.

Materials and methods: An online survey was conducted in Portugal between November 11th and 19th, 2024, in adults (≥ 18 years) diagnosed with stage 4 CRC. The sample is representative only of participants who completed the questionnaire. The sampling precision is estimated at ± 7.9 percentage points with a 95% confidence level. The study is subject to potential sources of error, including selection and nonresponse bias, and question wording effects.

Results and Discussion: 150 adult patients with mCRC completed the survey. 78% of patients were diagnosed with mCRC at initial presentation, with mCRC diagnosis occurring at an average age of 46 years old. Of all patients, 133 (89%) reported receiving mCRC treatment, most with chemotherapy (75%); 28% of all patients are currently in remission.

Patients with mCRC reported several significant challenges across the continuum of care. Although 72% reported having at least some input in decision-making with their healthcare team (with 30% saying they are at least equally involved), throughout their care journey, 67% of patients reported feeling dismissed or unheard at least sometimes. Patients reported wanting more conversations about mCRC, outside of their medical experience (53%), access to a broader range of healthcare services, and more access to resources in their first/preferred language (43%). Patients receiving or deciding on treatment (n=143) were most interested in better understanding their diagnosis (47%) and treatment

options (50%). In addition to healthcare professionals, such as oncologists (55%), primary care providers (38%), and oncology nurses (28%), patients mainly turned to family and friends (54%) for support in the decision-making process, as well as online sources, such as internet searches (33%) and social media (26%). About 4 out of 10 patients cite side effects (41%), impact on physical health (38%), fear of being a burden to their family (37%) and access to specialist centers/healthcare providers (35%) as the important factors influencing their treatment decisions.

mCRC has a considerable negative impact on multiple dimensions of patients' lives, particularly in terms of financial and emotional well-being, as stated by 64% and 65% of participants, respectively. Almost all patients (94%) reported financial difficulties associated with the disease, including loss of income, increased expenses, and difficulties in supporting family members. In terms of mental health, although 81% stated feeling emotionally better at the time of completing the survey than at the time of diagnosis, 89% reported having felt alone during their experience with mCRC. Among the 88% of patients who had sought support from mental health professionals, 56% considered this process difficult and 19% (17% of all patients) did not obtain such care.

Conclusion: While patients with mCRC seem to be more involved in their treatment decisions, they continue to face significant barriers throughout their care journey. While emotional and financial support needs are high, access to mental health services and financial assistance remains challenging. To optimize outcomes and quality of life, it is essential to promote shared decision-making, strengthen communication among patients, families, and healthcare providers, and ensure equitable access to supportive resources, including mental health services, and financial aid.

References: Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209–249.

International Agency for Research on Cancer. (2022). *Cancer today: Statistics at a glance – Portugal*. Global Cancer Observatory.

Rodriguez Castells, M., Baraibar, I., Ros, J., Saoudi, N., Salvà, F., García, A., Alcaraz, A., Tabernero, J., & Élez, E. (2023). The impact of clinical and translational research on the quality of life during the metastatic colorectal cancer patient journey. *Frontiers in Oncology*, 13:1272561.

COLANGIOCARCINOMA METASTÁTICO: APRESENTAÇÃO ATÍPICA COM ADENOPATIA RETROPERITONEAL

Beatriz Castanheira; J. Guilherme Gonçalves-Nobre; Joana N. Santos; Mariana Isabel Santiago; Patrícia Lima; João Brito; Ângela Nogal Dias; Hélder Mansinho

Introdução: O colangiocarcinoma é uma neoplasia maligna rara e agressiva que se origina no epitélio dos ductos biliares. Apesar dos avanços diagnósticos e terapêuticos, o prognóstico permanece reservado, sobretudo nos estádios avançados, devido ao diagnóstico frequentemente tardio e à limitada resposta às terapêuticas disponíveis. As manifestações clínicas clássicas incluem icterícia, prurido, dor abdominal e perda ponderal; contudo, apresentações atípicas podem ocorrer, atrasando a suspeita e confirmação diagnóstica.

A paquidermoperiostose, também designada osteoartropatia hipertrófica primária, é uma doença genética rara, habitualmente hereditária, caracterizada por paquidermia cutânea, periostose e acropaquia digital. O seu espectro clínico pode incluir alterações tróficas cutâneas, edema crónico e hiperplasia fibrovascular, que, em alguns casos, se associam a fenómenos inflamatórios e reativos a nível ganglionar. Embora não exista evidência robusta de associação direta com neoplasias específicas, estados inflamatórios crónicos e alterações estruturais dos tecidos podem potencialmente contribuir para alterações linfáticas e formação de adenopatias, podendo dificultar a interpretação clínica e imagiológica perante doença oncológica concomitante.

Assim, a coexistência de colangiocarcinoma e paquidermoperiostose pode constituir um desafio acrescido no diagnóstico diferencial de adenopatias, sobretudo quando volumosas e localizadas em cadeias não típicas para a doença primária, sendo fundamental a confirmação histológica para uma correta orientação terapêutica.

Caso Clínico: Homem de 45 anos, com antecedentes de paquidermoperiostose, linfedema primário idiopático e polipose gástrica submetido previamente a gastrectomia parcial. Seguido em consulta de Oncologia Médica desde 2017 por seminoma (pT2NxM0), tratado com orquidectomia direita e quimioterapia adjuvante.

No decorrer da vigilância neste contexto, realizou torácico-abdomino-pélvica (TAC-TAP) evidenciou lesão expansiva e múltiplas adenopatias retroperitoneais. O doente recusou, na altura, a realização de exames invasivos para caracterização histológica.

Manteve-se em follow-up em consulta e exames complementares seriados, sendo que, em fevereiro de 2025, recorreu ao serviço de urgência por quadro de icterícia de instalação súbita, com uma semana de evolução. A TAC-TAP revelou múltiplos micronódulos pulmonares dispersos, predominando nos andares médio e inferior, dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas até ao segmento suprapancreático e colédoco intrapancreático de calibre fino. Observou-se discreta heterogeneidade da cabeça pancreática, sem lesão expansiva evidente, e formação

nodular hipodensa posterior à cabeça do pâncreas (3,5 × 2,8 cm), compatível com adenopatia. Persistia envolvimento ganglionar retroperitoneal, salientando-se adenopatia lateroaórtica esquerda (4,7 × 2,7 cm).

A ressonância magnética colangiográfica (RM-colangio) demonstrou lesão sólida interportocava (3,7 × 4,3 cm), contínua inferiormente com conglomerado adenopático lateroaórtico esquerdo (7,0 × 5,0 cm), e adenopatia interaortocava com centro quístico (3,6 × 3,3 cm). A lesão sólida interportocava condicionava redução abrupta do calibre das vias biliares principais (VBP), dilatadas a montante (12 mm), associando-se dilatação das vias biliares intra-hepáticas e do ducto cístico.

A determinação dos marcadores tumorais constatou: CA 19.9 de 12 612 U/mL e CEA de 175 ng/mL.

Foi realizada drenagem biliar percutânea pela Radiologia, com intenção de colocação subsequente de prótese após confirmação histológica. A biópsia guiada por TC evidenciou adenocarcinoma moderadamente diferenciado, compatível com origem pancreático-biliar. O estudo por tomografia por emissão de positrões (PET) mostrou captação patológica sugestiva de doença metastática de novo em localizações pulmonares, hepáticas, suprarrenal e óssea.

Assumindo o contexto metastático, foi proposta 1ª linha com quimioterapia combinada (gemcitabina e cisplatina) associada a imunoterapia (pembrolizumab).

Discussão/Conclusão: O colangiocarcinoma com apresentação inicial sob a forma de adenopatia retroperitoneal volumosa constitui uma situação rara e de elevada complexidade diagnóstica. A ausência de lesões expansivas evidentes no pâncreas ou nas vias biliares nos exames de imagem iniciais pode atrasar a suspeita clínica e conduzir a um leque alargado de diagnósticos diferenciais, incluindo linfomas, metástases de outros tumores sólidos e patologias inflamatórias crónicas.

A presença concomitante de paquidermoperiostose acrescenta um desafio adicional à interpretação clínica e imagiológica. Esta doença genética rara, caracterizada por alterações cutâneas, ósseas e linfáticas, pode estar associada a fenómenos inflamatórios crónicos e a alterações estruturais que favorecem a formação de adenopatias, potencialmente confundindo ou mascarando o quadro oncológico subjacente.

Neste cenário, a confirmação histológica assume um papel central para o diagnóstico definitivo e para a orientação terapêutica, permitindo distinguir adenopatias reativas de envolvimento metastático. A abordagem multidisciplinar — envolvendo oncologia médica, radiologia, gastroenterologia, anatomia patológica e cuidados paliativos — é essencial para definir a estratégia mais adequada.

Mesmo em contexto de doença metastática disseminada, como o relatado, a utilização de esquemas combinados de quimioterapia e imunoterapia pode proporcionar controlo sintomático, estabilização da doença e melhoria da qualidade de vida, reforçando a importância de uma abordagem personalizada no tratamento oncológico.

CANCRO DO PÂNCREAS: TRATAMENTO DE PRIMEIRA LINHA E PERFIL DE TOXICIDADE - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Inês Dunões; Inês Bastos; Maria Baió; Francisco Trinca; Rui Dinis

Hospital Espírito Santo Évora

Introdução: O cancro do pâncreas é a 9.^a neoplasia mais prevalente em Portugal e a 5.^a mais mortal apresentando uma sobrevida global aos 5 anos inferior a 10%. As opções terapêuticas de 1.^a linha incluem regimes intensivos como o FOLFIRINOX e a gemcitabina/nab-paclitaxel (GnP) que têm associada maior toxicidade ou regimes melhor tolerados mas menos eficazes como a gemcitabina em monoterapia. Recentemente o NALIRIFOX passou também a ser uma opção que parece manter a eficácia e apresentar menor toxicidade. De uma forma geral, os ensaios clínicos incluem sobretudo doentes com idade inferior a 70 anos e com ECOG's Performance Status (PS) baixos. A escolha terapêutica deve ser personalizada tendo em conta não só a idade como também a PS, comorbilidades e toxicidades.

Objectivo: Este estudo tem como objetivo descrever as principais toxicidades dos tratamentos sistémicos de primeira linha em doentes com cancro do pâncreas de um centro hospitalar português.

Material e Métodos: Trata-se de um estudo retrospectivo, unicêntrico, que inclui todos os doentes diagnosticados com cancro do pâncreas entre janeiro de 2021 e dezembro de 2024 num centro hospitalar em Portugal. Os dados foram obtidos através da consulta dos processos clínicos e a análise estatística foi realizada em Excel e IBM SPSS.

Resultados: Foram inicialmente incluídos no estudo 61 doentes (59% mulheres; idade média 69 anos, intervalo 39–92) mas apenas 38 (62,3%) receberam terapêutica sistémica. Os doentes que iniciaram quimioterapia apresentavam idade média de 65,8 anos (39-79) sendo que 18 deles tinham mais de 70 anos. A maioria era do sexo feminino (65,81%). Treze (34,2%) apresentavam doença localmente avançada ao diagnóstico e vinte cinco (65,8%) apresentavam doença metastática, sendo o fígado o local metastático mais frequente (n=20). Dez doentes foram submetidos a cirurgia com intuito curativo. Dos doentes submetidos a quimioterapia de 1.^a linha (n=38), 28 (73,7%) foram tratados com FOLFIRINOX (idade média 61,8 anos; 68% ECOG 0 e 32% ECOG 1) e 10 (26,3%) receberam GnP (idade média 73,5 anos; 60% ECOG 1 e 40% ECOG 2). Apenas 8 doentes iniciaram uma terapêutica de segunda linha: GnP (n=6), capecitabina (n=1), gemcitabina (n=1). Nos doentes tratados com FOLFIRINOX (n=28) os perfis de toxicidade mais frequentes foram neutropenia observada em 78,6% dos doentes (n=22) seguida de vômitos e diarreia (n=19) e neuropatia periférica (n=14). No grupo GnP (n=10), observou-se sobretudo neutropenia (n=7), neuropatia periférica (n=4) e anemia (n=3). No momento da análise,

apenas 8 doentes dos 61 analisados permaneciam vivos.

Discussão/Conclusão: De acordo com os dados desta análise, os doentes com melhor PS foram tratados com FOLFIRINOX, enquanto os mais idosos e mais frágeis receberam GnP. O perfil de toxicidade diferiu entre os grupos sendo a mielossupressão e a neuropatia periférica comum entre ambos os regimes. Uma limitação do estudo foi a ausência de gradação das toxicidades segundo os critérios CTCAE v5.0, o que poderá influenciar a interpretação e impacto dos resultados. A escolha da quimioterapia deve ser individualizada, considerando idade, PS e comorbilidades, bem como o perfil de toxicidade esperado. Novas opções, como o NALIRIFOX, poderão vir a ter um papel relevante por utilizarem menor dose de oxaliplatina e omitirem o bólus de 5-FU esperando -se que reduza a mielossupressão e neuropatia periférica, perfis de toxicidade observados em ambos os grupos nesta série. São necessários mais estudos de vida real para clarificar a escolha terapêutica em populações mais velhas e com PS mais elevados, menos representadas nos ensaios clínicos. Apesar da escolha individualizada, o prognóstico permanece reservado, sendo fundamental, para além do tratamento sistémico, a referenciação precoce a cuidados paliativos para um acompanhamento integrado destes doentes.



SBRT NA DOENÇA OLIGOMETASTÁTICA: DOIS CASOS CLÍNICOS DE CARCINOMA ESPINOCELULAR DO ESÓFAGO

Laura Serrao; Bárbara Castro; Olga Sousa; Dora Gomes

Instituto Português de Oncologia Porto

Introdução: A radioterapia estereotáxica (SBRT) é uma das opções terapêuticas ablativas que tem demonstrado ser uma alternativa à cirurgia, na melhoria da progressão livre de doença, e em alguns casos, da sobrevida em doentes com doença oligometastática. A realização da técnica carece de uma criteriosa seleção de doentes, oferecendo a possibilidade de remissão prolongada com um bom perfil de segurança, tolerância e custo/efetividade, particularmente quando integrada em estratégias multimodais.

Objetivos: Apresentação e discussão de dois casos clínicos.

Material e métodos: Consulta do processo clínico.

Resultados: Caso Clínico 1: homem de 79 anos, diagnosticado em abril de 2023 com carcinoma epidermoide do esófago torácico alto - estadio cT1b N0 M0. Proposto em consulta de grupo multidisciplinar (CGMD), para tratamento radical de quimioradioterapia (QTRT), uma vez que a abordagem cirúrgica foi descartada pelas comorbilidades do doente (estenose valvular aórtica a carecer de substituição). Submetido a QTRT com Carboplatina/Paclitaxel semanal e radioterapia na dose de 50Gy ao tumor, e 42Gy à região supraclavicular bilateralmente, entre setembro e outubro de 2023. De referir que doente teve um diagnóstico de tuberculose cujo tratamento antibacilífero foi iniciado previamente ao tratamento antineoplásico. Em abril de 2024, um PET-CT de avaliação de resposta demonstrou ausência de captação no local do tumor e identificou, de novo, um gânglio, único, pericelíaco superior, suspeito de envolvimento secundário. Em CGMD, foi proposto para tratamento ablativo com SBRT. Em junho de 2024, foi submetido a SBRT na dose de 30Gy em 3 frações. Na avaliação de resposta por TC, em julho de 2024, observada resposta completa da lesão tratada com SBRT. Posteriormente, em PET-CT de outubro de 2024, foram identificadas duas novas adenopatias interaortocava no plano hilar renal, consideradas suspeitas. Em janeiro de 2025, foi submetido a cirurgia de esvaziamento ganglionar interaortocava e excisados 5 gânglios, um dos quais com confirmação histológica de metastização do tumor primário conhecido. Na última avaliação por TC, realizada em julho do 2025, não apresentava sinais de recidiva.

Caso Clínico 2: homem de 75 anos diagnosticado em junho de 2023 com carcinoma epidermoide do esófago torácico baixo - estadio cT4a N+ M0. Em CGMD, por não ser candidato para tratamento sistémico ou cirúrgico (patologia cardíaca severa), foi proposto para tratamento de radioterapia radical isolada. Entre setembro e outubro

de 2023 cumpriu o tratamento ao tumor, adenopatias supraclaviculares e pericelíacas, na dose de 50Gy. Em PET-CT de avaliação de resposta, em maio de 2024, descrito moderado metabolismo na topografia da glândula suprarrenal esquerda. Em TC de outubro de 2024, foi possível correlacionar a área de hiperfixação do PET-CT, com a presença de adenomegalia pericelíaca esquerda, que registou aumento dimensional fase ao estudo prévio. Neste contexto foi proposto na CGMD para SBRT da adenomegalia suspeita. Em novembro de 2024, completou SBRT na dose de 30Gy em 3 frações. Na última avaliação de resposta por PET-CT, em maio de 2025, não havia evidência de patologia tumoral.

Discussão: A SBRT revelou-se fundamental para o controlo da progressão de doença ganglionar única. No primeiro caso, foi usada como tratamento ablativo de oligoprogressão ganglionar fora da área irradiada. Noutro caso, foi utilizada como terapêutica de salvação num doente não elegível para outras abordagens sistémicas ou cirúrgicas. Os casos ilustram o papel da SBRT na doença oligometastática como alternativa à abordagem cirúrgica, permitindo debitar doses elevadas de radiação, com elevada precisão, para alcançar controlo local com toxicidade mínima.

Conclusão: A abordagem multidisciplinar das patologias oncológicas, assim como a criteriosa seleção de doentes com base na sua condição clínica, carga metastática e biologia tumoral, são elementos cruciais antes de propor a SBRT como estratégia terapêutica. É uma alternativa segura e eficaz, que em doentes bem selecionados, oferece uma oportunidade de remissão prolongada e permite protelar a instituição de terapêuticas sistémicas ou mais invasivas.



PAN-HIPOPITUITARISMO E HEPATITE IMUNOMEDIADA SECUNDÁRIOS A PEMBROLIZUMAB: UM CASO CLÍNICO

SOFIA PEIXOTO; Pedro Lopes; Beatriz Belo; Joana Cabral; Alexandra Guedes; Sandra Silva; Raquel Basto; Patrícia Liu; Mariana Batista

Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho

Introdução: Os inibidores de checkpoints imunitários revolucionaram o tratamento oncológico, mas podem desencadear eventos adversos imunomediados. A hepatite é relativamente frequente, mas a associação a pan-hipopituitarismo por hipofisite é rara e constitui um desafio diagnóstico e terapêutico.

Objetivos: Apresentar um caso clínico de hepatite e pan-hipopituitarismo imunomediados em doente sob tratamento com pembrolizumab.

Material e métodos: Descrição retrospectiva de caso clínico.

Resultados: Doente do sexo masculino, 72 anos, seguido por carcinoma gástrico de células em anel de sinete estadio IV, HER2 negativo, PD-L1 CPS >1 e <5, sem instabilidade de microssatélites (MSS), há 6 meses sob tratamento de primeira linha com FOLFOX e pembrolizumab. Admitido no Serviço de Urgência por prostração e dor abdominal difusa; objetivamente com febre (39°C) e dor abdominal generalizada. Analiticamente: leucocitose (16170/uL), proteína C reativa 2,02 mg/dL e citólise hepática grave (AST 701 U/L; ALT 677 U/L, ~10–20x LSN), ficando internado para esclarecimento de diagnóstico.

Dos exames realizado em internamento: serologias víricas e estudo autoimune foram negativos; e a tomografia abdomino-pélvica sem alterações hepáticas agudas. Assumiu-se hepatite imunomediada secundária a pembrolizumab, iniciando prednisolona 1 mg/kg/dia, com melhoria do padrão de citólise (AST 27 U/L; ALT 61 U/L; FA 235 U/L; GGT 204 U/L; bilirrubina total 0,33 mg/dL). O estudo hormonal evidenciou pan-hipopituitarismo compatível com hipofisite imunomediada: insuficiência adrenal secundária (cortisol <2 µg/dL, ACTH baixo-normal), hipotireoidismo central (TSH <0,03; T4L 0,70 ng/dL) e hipogonadismo hipogonadotrófico (IGF1 34.6 ng/mL, LH 1.84 mUI/mL, Testosterona <0.02 ng/mL). A RM hipofisária sem alterações específicas. Foi iniciada terapêutica de substituição com hidrocortisona e suplementação com cálcio e vitamina D. Após estabilização clínica, teve alta para seguimento em Endocrinologia e Oncologia, com suspensão de pembrolizumab.

Discussão: A toxicidade imunomediada multissistémica por anti-PD-1 pode mimetizar infeção, atrasando o diagnóstico. A hepatite tende a resolver com corticoterapia, mas a hipofisite pode originar défices endócrinos irreversíveis. O reconhecimento precoce e a articulação multidisciplinar são determinantes.

Conclusões: Os inibidores do checkpoint imunitário exigem vigilância clínica/analítica rigorosa. Este caso sublinha a necessidade de elevada suspeição para toxicidades simultâneas e a importância de suspensão do ICI e reposição hormonal atempada.



ADENOCARCINOMA COLORRETAL COM PROFICIÊNCIA DE MISMATCH REPAIR (MMRp) / ESTABILIDADE DE MICROSSATÉLITES (MSS) EM DOENTE COM SÍNDROME DE LYNCH

Guilherme Vilhais; Mário Fontes-Sousa; Catarina Machado; Ana Raimundo

Hospital CUF Tejo

Introdução: A Síndrome de Lynch é a síndrome hereditária mais comum no cancro colorretal (CCR), representando 1–3% do total de casos. Ocorre devido a variantes patogénicas germinativas em genes do sistema de *mismatch repair* (MMR), tipicamente associadas a instabilidade de microssatélites (MSI). Existe uma correlação genótipo-fenótipo entre o gene afectado e o risco de CCR, idade de diagnóstico e envolvimento de outros órgãos. As mutações no gene PMS2 correspondem a apenas 5% dos casos de Síndrome de Lynch e associam-se a menor risco cumulativo de CCR e idade mais tardia ao diagnóstico. Cerca de 10% dos doentes com CCR associado à Síndrome de Lynch apresentam proficiência de MMR (MMRp)/estabilidade de microssatélites (MSS), fenómeno mais prevalente em mutações PMS2 e MSH6.

Objetivos: Reportar um caso clínico de CCR MMRp/MSS em contexto de Síndrome de Lynch com mutação PMS2, alertando para esta entidade e discutindo implicações prognósticas, terapêuticas e no acompanhamento familiar destes doentes.

Material e métodos: Descrição de caso clínico acompanhada de revisão da literatura.

Resultados: Uma doente do sexo feminino, 76 anos, com história médica conhecida de hipertensão arterial e tabagismo (7.5 UMA) e sem história familiar relevante, foi diagnosticada com um adenocarcinoma da transição recto-sigmoideia em 2019. Realizou estadiamento sem evidência de metastização à distância pelo que foi proposta para ressecção anterior do recto. O exame anatomopatológico revelou um adenocarcinoma grau 2, pT4aNOMO, RO, sem outros fatores de risco, nomeadamente *budding* tumoral, invasão linfática, perineural ou vascular, e sem metástases em 36 gânglios linfáticos excisados. Os marcadores tumorais pré-operatórios eram normais. A pesquisa de MSI por imunohistoquímica foi negativa (MMRp/MSS). Considerando tratar-se de um estágio II de alto risco (por critério pT4), foi proposta quimioterapia adjuvante com 8 ciclos de capecitabina considerando a idade, dos quais cumpriu 7 ciclos por recusa da doente em prosseguir.

Na primeira tomografia computadorizada de seguimento (3 meses após terminar adjuvância) identificou-se um nódulo suspeito no quadrante ínfero-externo da mama esquerda, cuja biópsia revelou um carcinoma invasivo lobular, grau 3, Luminal B-*like* (RE 100%, RP 30%, HER2 1+, Ki67 75%), estadiado como cT3pN1(sn)M0. Foi proposta quimioterapia neoadjuvante com 4 ciclos de doxorubicina e ciclofosfamida, seguidos de 4 ciclos de paclitaxel

semanal, que cumpriu com necessidade de adiamento de um ciclo de paclitaxel por infeção SARS-CoV-2. Foi submetida a tumorectomia e esvaziamento axilar, tendo o exame anatomopatológico revelado resposta parcial (ypT2NOMO, RO). Realizou radioterapia e iniciou letrozol adjuvante.

No decorrer do seguimento, e face à história oncológica cumulativa, foi solicitado um estudo molecular germinativo através de painel genético NGS (Next Generation Sequencing) que revelou uma variante patogénica (c. 1239dup) em heterozigotia em *PMS2*, confirmando Síndrome de Lynch. A doente mantém seguimento em consulta, sem evidência de recidiva de nenhuma das neoplasias ou novas, tendo optado por realizar histerectomia profilática.

Discussão: Este caso descreve uma doente diagnosticada com CCR MMRp/MSS aos 76 anos que foi posteriormente diagnosticada com Síndrome de Lynch associada a mutação *PMS2* aos 82 anos em painel genético germinativo solicitado na sequência de diagnóstico de cancro da mama.

A ocorrência de MMRp/MSS verifica-se em 10% dos casos de CCR associado à Síndrome de Lynch, dos quais 90% ocorre em doentes com mutações *PMS2* e *MSH6*, o que poderá refletir a menor penetrância destas mutações comparativamente às dos genes *MLH1* e *MSH2*, e sugerir que a carcinogénese destes tumores possa ocorrer por uma via molecular distinta. Estes casos associam-se a diagnósticos de CCR em idades mais avançadas, como é o caso desta doente, e a maior risco de metastização comparativamente aos doentes MSI, cujo prognóstico é mais favorável.

Apesar de classicamente associados a tumores MSI, os doentes com Síndrome de Lynch mantêm risco de CCR MMRp/MSS, tal como exemplificado neste caso. A caracterização MMR/MSI deve ser efetuada em todos os doentes com CCR, inclusive naqueles com diagnóstico prévio de Síndrome de Lynch, pelas implicações prognósticas e terapêuticas, tais como a omissão de quimioterapia adjuvante nos estádios II de risco intermédio, a necessidade de associação de oxaliplatina a fluoropirimidina em esquemas adjuvantes ou a elegibilidade para *inibidores dos checkpoints imunitários* em neoadjuvância nos tumores localmente avançados ou na doença metastática.

Este caso clínico destaca igualmente que a ausência de MSI num CCR não exclui Síndrome de Lynch, reforçando a necessidade de solicitar um painel germinativo sempre que a história clínica pessoal ou familiar o sugira, sob pena de subdiagnosticar 10% dos casos desta Síndrome.

Conclusões: Os doentes com Síndrome de Lynch podem desenvolver CCR MMRp/MSS, fenómeno mais frequente em mutações *PMS2* e *MSH6*. A caracterização do *status* MMR/MSI tumoral é fundamental na definição do prognóstico, terapêutica e aconselhamento familiar, mas deve ser complementada com estudo germinativo sempre que clinicamente indicado.

METÁSTASE ESOFÁGICA DE PRIMÁRIO COLO-RECTAL: A IMPORTÂNCIA DA VIGILÂNCIA A LONGO PRAZO

Maria Gualter; Clara Leal; Sílvia Silva; Pedro Costa; Herculano Moreira; J. Pinto-De-Sousa

ARS Norte

Introdução: As metástases esofágicas de carcinoma colorretal são extremamente raras e podem simular tumores primários do esôfago. O seu diagnóstico e tratamento permanecem desafiantes, com poucos casos descritos na literatura.

Objectivos: Apresentar um caso raro de metástase esofágica de adenocarcinoma rectal previamente ressecado, sublinhando o processo diagnóstico, opções terapêuticas e evolução clínica.

Material e Métodos: Doente masculino, 72 anos, submetido em 2018 a ressecção anterior do recto por adenocarcinoma estadio I. Em 2024, a endoscopia digestiva alta de seguimento oncológico evidenciou lesão polipóide do esôfago distal, tendo a biópsia sugerido adenocarcinoma invasor, compatível com primário colo-rectal.

Resultados: A PET-TC mostrou massa hipermetabólica do esôfago distal, sem doença à distância. Iniciou quimioterapia neoadjuvante, com resposta metabólica completa. Foi submetido a esofagectomia com toracoscopia direita, confecção de tubo gástrico com grande curvatura e confecção de anastomose cervical esquerda em Janeiro de 2025. O pós-operatório complicou-se com insuficiência respiratória grave com necessidade de traqueostomia e deiscência menor da anastomose, exigindo um internamento prolongado. A histologia confirmou adenocarcinoma moderadamente diferenciado, compatível com metástase de primário colorretal, margens negativas e ausência de envolvimento ganglionar. Aos 5 meses pos-operatórios encontra-se clinicamente bem, a tolerar dieta oral, sem sinais de recidiva no estudo de controlo.

Discussão: Este caso expõe a raridade da metastização esofágica de origem colo-rectal e a dificuldade do diagnóstico diferencial com adenocarcinoma primário do esôfago. A resposta favorável à terapêutica sistémica e a ressecção cirúrgica com intenção curativa reforçam o papel da abordagem multidisciplinar.

Conclusões: Apesar de excepcional, a metástase esofágica de carcinoma colorretal deve ser considerada em doentes com antecedentes de neoplasia colorretal. O tratamento multimodal agressivo pode proporcionar benefício de sobrevivência em casos seleccionados.



VALOR PROGNÓSTICO DE SCORES INFLAMATÓRIOS E DO CA 19.9 NO CARCINOMA DA VESÍCULA E DAS VIAS BILIARES

Joana Basílio Leite; Catarina Lopes Fernandes; Marta Soares Moreira; Mafalda Costa; Alexandra Mesquita; Carlos Sottomayor

Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: Os carcinomas das vias biliares (CVB) apresentam globalmente mau prognóstico. O uso de biomarcadores tem sido explorado para estratificação prognóstica. Este estudo analisou a associação entre scores inflamatórios (neutrophile-to-lymphocyte ratio (NLR), platelet-to-lymphocyte ratio (PLR), Systemic Immune-Inflammation Index (SII), CA 19-9 e sobrevivência global (OS), sobrevivência livre de progressão (PFS) e sobrevivência livre de doença (DFS).

Métodos: Estudo retrospectivo unicêntrico incluindo doentes com diagnóstico de CVB entre 01/2019 e 08/2024, avaliados em consulta de Oncologia. Foram recolhidos dados laboratoriais e clínicos. Realizaram-se análises de OS e PFS por Kaplan-Meier, e associações por qui-quadrado e regressão de Cox.

Resultados: Incluídos 36 doentes, com mediana de idades de 69 anos, dos quais 55,6% eram do sexo masculino. Na população estudada, 16,7% tinham carcinoma da vesícula biliar (CVB) e 83,3% colangiocarcinoma (56,7% extra-hepáticos, 43,3% intra-hepáticos). Vinte e um (58,3%) tinham doença metastática ou irresssecável, dos quais 20 realizaram tratamento paliativo (todos com duplete com base de gemcitabina em 1L, 4 (20%) com adição de imunoterapia); 15 (41,7%) tinham doença localizada e foram operados, 13 fizeram tratamento adjuvante. Nos metastáticos, a mediana de OS foi de 433 dias para CVB e 446 para colangiocarcinoma ($p = 0,416$). Os scores NLR, PLR e SII, quer com análise de variável contínua, quer categorizada ($NLR > 3,5$; $PLR > 150$; $SII > 350$), não tiveram associação estatisticamente significativa com o óbito ($p > 0,2$). O CA 19-9 contínuo também não se associou a diferenças na OS ($HR = 1,000$; $p = 0,157$), mas valores > 100 U/mL apresentaram associação estatisticamente significativa com mortalidade ($p = 0,017$), com medianas de OS de 744 vs. 193 dias ($p = 0,133$). Nos doentes com tratamento adjuvante, não se observaram associações significativas entre NLR ($p = 0,071$), PLR ($p = 0,207$) ou CA 19-9 ($p = 0,858$) e a ocorrência de recidiva.

Conclusão: Estes dados reforçam a importância do CA 19-9 como ferramenta de estratificação prognóstica nos carcinomas das vias biliares. O tamanho amostral surge como limitação para a análise descrita. São necessários mais dados sobre o papel prognóstico dos scores inflamatórios.



EXPLORING THE SOCIAL IMPACT OF COLORECTAL CANCER: A QUALITATIVE STUDY OF PATIENT EXPERIENCES IN PORTUGAL

Fábio Pereira¹; Hugo Pedrosa¹; Rita Anastácio¹; Pedro Labisa²

1 - IQVIA Solutions Portugal; 2 - Takeda Portugal

Introduction: Colorectal cancer (CRC) is the most incident oncologic malignancy in Portugal. CRC accounts for 16% of new cancer diagnoses and 14% of cancer-related deaths in 2022, making it the second leading cause of cancer mortality. Despite advances in early detection and treatment, patients frequently encounter fragmented care pathways. Understanding the lived experiences of individuals with CRC is essential to identifying systemic gaps perceived by patients and physicians and enhancing patient-centered care. Qualitative methodologies offer valuable insights into patients' perceptions, emotional responses, and unmet needs throughout their disease trajectory.

Objectives: To explore the real-world experiences of patients with CRC in Portugal and to identify the social, emotional, and systemic challenges encountered throughout their care journey.

Methods: This qualitative study employed in-depth individual interviews (IDIs) to examine the experiences of patients with CRC. In-person interviews were conducted with seven patients diagnosed at advanced stages; three additional patient journeys were derived from interviews with primary caregivers. Additionally, remote interviews were held with two oncologists specializing in CRC. Recruitment and interviews logistics were facilitated by the patient organization EuropaColon Portugal, that contacted patients directly, given their status as registered members. Oncologists were recruited by IQVIA. Interview topics included the patient journey, treatment impact, access to disease-related information, and motivational factors influencing coping strategies.

Results: Patient insights were derived from ten patient journeys—seven directly from patients and three via caregivers, revealing potential blind spots in patient self-reporting. Most patients (9/10) were treated within the National Health Service (NHS) and resided in Northern Portugal. Half were male (n=5). Medical insights were collected through NHS oncologists.

Initial symptoms prompted consultations with either primary care physicians or direct appointments with gastroenterologists. Early symptoms were frequently underestimated by both patients and treating physicians, leading to delayed diagnoses ranging from several months to two years. Treatment plans varied and were often disrupted by complications. All patients underwent surgery; nine received chemotherapy, with four discontinuing due to adverse effects. Surgery and radiotherapy were perceived as the most disruptive

treatment, while chemotherapy was more tolerated due to potential survival benefits. Colonostomies, experienced by 4/10 patients, were particularly distressing, necessitating multiple surgeries and significant lifestyle adjustments.

Patients described all types of treatment as physically and emotionally exhausting, with fatigue, gastrointestinal symptoms, and psychological distress impacting daily life. Satisfaction with treatments was linked to symptom relief and extended survival. Many patients reported feeling unsupported, particularly during remission follow-up. Multidisciplinary care was rarely implemented, and frequent changes in medical teams contributed to communication breakdowns.

Patients obtained information about the disease mainly from physicians, online platforms, and patient organizations. Nevertheless, most patients felt inadequately informed, often receiving critical information belatedly. While trust in physicians was high, the 2 oncologists interviewed noted poor patient retention of complex information, necessitating repeated reinforcement during follow-up visits. The oncologists also highlighted the lack of institutional support for personalized education, requiring them to adapt communication strategies to patients' health literacy levels.

Patients stated that motivational factors to cope with the disease included emotional support, hobbies, spirituality, and engagement with patient organizations to obtain shared experiences. Oncologists observed that structured routines, multidisciplinary care, and clear recovery goals enhanced patient motivation and adherence.

Discussion: Although emotional distress may lead patients to overestimate diagnostic delays, under-recognition of early symptoms by primary care physicians likely contributes to these delays. These results emphasize that enhancing awareness among primary care physicians regarding timely colonoscopy referrals for high-risk individuals could mitigate diagnostic delays.

Patients also tended to undervalue their symptoms, delaying medical consultation. This underscores the need to improve health literacy among at-risk populations to promote early help-seeking and active participation in CRC screening programs.

The reported lack of multidisciplinary care and lack of timely information delivery exacerbated anxiety and uncertainty. Patient organizations can play a pivotal role in bridging this gap by offering emotional support and delivering information in a calm, accessible environment. However, institutional referrals to these organizations remain infrequent, limiting patient access to these resources. Strengthening referral pathways could enhance continuity of care and psychosocial support.

Patients valued purpose, connection, and shared experiences—benefits often derived from patient organizations. These networks are particularly vital during recovery when oncology follow-up typically ceases despite ongoing treatment-related consequences.

Sustained support is essential to facilitate adaptation and improve quality of life post-treatment.

Conclusions: This study highlights the multifaceted challenges faced by CRC patients in Portugal, including diagnostic delays, insufficient information, fragmented care, and limited support during recovery. Future research involving larger, more diverse samples and quantitative methodologies is warranted to validate these findings and inform targeted interventions aimed at improving care delivery and health outcomes for CRC patients in the Portuguese healthcare environment.



NECESSIDADES MÉDICAS NÃO SATISFEITAS E QUALIDADE DE VIDA NO CANCRO COLORRETAL METASTÁTICO EM ESTÁDIO AVANÇADO: EVIDÊNCIA NO CONTEXTO PORTUGUÊS

Ana Raimundo¹; Catarina Abreu²; Joaquim Gago³;
Pedro Labisa⁴; Pedro Cardoso⁵; Joana Sousa⁵;
Tomás Oliveira⁵

1 - Instituto Cuf de Oncologia - Cluster Tejo;
2 - Unidade Local de Saúde de Santa Maria;
3 - Fundação Champalimaud; 4 - Takeda;
5 - Moai Consulting

Introdução: Em Portugal, de acordo com o Observatório Mundial do Cancro da Organização Mundial de Saúde (OMS), o cancro colorretal (CCR) é a neoplasia maligna mais comum. Estima-se que em 2022 serão diagnosticados 10.575 novos casos e registadas 4.809 mortes. Além das altas taxas de doentes metastáticos no momento do diagnóstico, estima-se que até 50% dos doentes diagnosticados com CCR em estadio II ou III desenvolvam doença metastática nos primeiros 10 anos após o diagnóstico. O CCR metastático (CCRM) e os seus sintomas associados têm um impacto significativo na qualidade de vida (QV) e nos resultados de saúde dos doentes. A inovação terapêutica no CCRM tem sido escassa nas últimas décadas, e só recentemente novas opções terapêuticas foram aprovadas para o tratamento do CCRM em estadios mais avançados (4L+). O mau prognóstico associado ao CCRM reforça a necessidade atual de tratamentos eficazes com potencial para prolongar a sobrevida e melhorar a QV.

Objetivos: Este estudo pretende avaliar o impacto de fruquintinib e dos melhores cuidados de suporte na QV e nos resultados de saúde de doentes com CCRM e comparar os resultados com a população geral portuguesa, de forma a quantificar as necessidades médicas não satisfeitas nesta população.

Materiais e Métodos: Cinco oncologistas portugueses, experientes na gestão do CCRM, forneceram informações clínicas sobre diagnóstico, estadiamento, padrões de tratamento e necessidades médicas não satisfeitas no contexto de doença metastática avançada (4L+). Os contributos foram recolhidos através de elicitación estruturada, utilizando o Sheffield Elicitation Framework (SHELF), um método formal para avaliar juízos probabilísticos utilizado para modelar a incerteza nos processos de tomada de decisão em saúde. Com base nestes contributos e nos dados do ensaio clínico FRESCO-2, foi adaptado ao contexto português um modelo económico de sobrevivência fracionada, dividido em três fases (sem progressão, pós-progressão e morte). A subpopulação do FRESCO-2 considerada para esta análise consistiu em doentes portugueses com CCRM, pré tratados com pelo menos 3 linhas de tratamento, que tinham recebido todas as terapêuticas citotóxicas e dirigidas atualmente aprovadas e que progrediram

ou eram intolerantes à trifluridina-tipiracilo. Com base neste modelo, foram calculados os seguintes resultados em saúde: Anos de Vida Ganhos (AVG), Anos de Vida Ajustados pela Qualidade (QALY) (com base na escala EQ-5D-5L), tempo até à progressão e tempo até à morte. Para os cálculos do modelo, a idade média do grupo tratado com fruquintinib e do grupo em melhores cuidados de suporte foi obtida através da elicitación de peritos e os dados de sobrevivência e QV do ensaio FRESCO-2. Os dados de QV medidos através do EQ-5D e a idade média da população geral portuguesa foram obtidos no estudo de Ferreira P. et al. (2023), e a esperança média de vida considerada foi obtida a partir da tábua de mortalidade da população portuguesa em 2023, calculada pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), por ser a mais recente disponível à data do processo de avaliação de financiamento de fruquintinib.

Resultados: A idade média do grupo de doentes com CCRM foi de 63,7 anos (DP 3,30). Os doentes com CCRM tratados com fruquintinib viveram em média 10,4 meses desde o início do tratamento, sendo 4,6 meses sem progressão, com 0,74 QALY, equivalente a 8,8 meses de saúde perfeita. Em comparação, os doentes que receberam os melhores cuidados de suporte viveram em média 8,3 meses, sendo 2,3 meses sem progressão, com 0,59 QALY, equivalente a 7,0 meses de saúde perfeita. Selecionando a subpopulação geral com a mesma idade média e distribuição por sexo, a esperança de vida foi de 19,8 anos, totalizando 8 QALY. Os doentes no início do tratamento foram avaliados através do EQ-5D e apresentaram um índice de 0,63, com uma diminuição de 0,04 pontos aquando da progressão da doença. O índice EQ-5D da população portuguesa, devidamente ajustado às características da população em estudo, foi de 0,83.

Discussão: Os dados obtidos realçam a complexidade da situação clínica enfrentada pelos doentes com CCRM em fase avançada (4L+). Os resultados demonstram que os doentes com CCRM mantêm perdas substanciais na QV, com -0,2 pontos no índice EQ-5D e uma esperança de vida significativamente inferior em ambos os grupos. A utilização de fruquintinib permite melhorias nestas dimensões, no entanto, continua a verificar-se uma perda substancial de QV em comparação com a população geral.

Conclusão: Este estudo confirma a existência de uma necessidade médica significativa não satisfeita na gestão do CCRM em fase avançada (4L+). O elevado peso da doença, aliado a uma QV significativamente reduzida e a uma curta esperança de vida, reforça a necessidade de acesso a novas abordagens terapêuticas. Melhorar os resultados em saúde nesta população deve ser uma prioridade clínica e de saúde pública, visando reduzir o impacto individual e social desta doença.

DESAFIOS NO CANCRO DO RETO: DADOS DE VIDA REAL

Francisca Abreu¹; Ana Catarina Dias¹; Bárbara Lima²; Alexandra Teixeira¹; Ana Sofia Rolo¹; Carolina Carvalho¹; Ilda Faustino¹; Isabel Azevedo Pereira¹; João Sobrinho Carvalho¹; Liliana Castro Oliveira¹; Carlos Alpoim¹; Paulo Costa³; Camila Coutinho¹

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Ave; 2 - Oncology Department, Centre Hospitalier Wallonie Picarde, Tournai, Belgium; 3 - Unidade Local de Saúde de Braga

Introdução: O cancro colo-retal é a terceira neoplasia mais frequente e a segunda principal causa de morte por cancro no mundo. O conceito de terapêutica neoadjuvante total (TNT) surgiu da necessidade de melhorar os resultados oncológicos em doentes com cancro do reto (CR) localmente avançado. A TNT proporcionou a oportunidade de aumentar o sucesso cirúrgico ao adicionar quimioterapia (QT) neoadjuvante após quimiorradioterapia (QRT) em doentes selecionados. Este avanço trouxe uma maior exigência multidisciplinar, pela necessidade de um trabalho de equipa entre diferentes especialidades com *timings* e coordenação exigentes, com o objetivo de melhorar a sobrevivência global (SG) e intervalo livre de doença (ILD).

Objetivos:

- Avaliar SG e ILD obtidos com esquema QRT e TNT;
- Avaliar o impacto de ambos os esquemas na obtenção de resposta patológica completa (RPC);
- Avaliar o impacto na SG e ILD do intervalo de semanas entre término de RT e cirurgia.

Material e métodos: Foi realizado um estudo de coorte retrospectivo que incluiu doentes com diagnóstico de CR em estádios clínicos II e III propostos para neoadjuvância.

A população foi dividida em dois grupos: doentes submetidos a QRT (Grupo A) e doentes submetidos a QRT seguida de QT de consolidação (Grupo B). O esquema QRT foi semelhante em ambos os grupos, sendo a quimioterapia de radiosensibilização baseada em fluoropirimidinas (capecitabina 825mg/m² duas vezes por dia ou 5-FU 225mg/m²/dia em perfusão iv durante 7 dias). No grupo B, a QT de consolidação incluía esquema com duplete de fluoropirimidinas e platino (capecitabina 1,000mg/m² duas vezes por dia e oxaliplatino 130mg/m² iv ou 5-FU 400mg/m² iv em bólus, 5-FU 2,400mg/m² em perfusão de 46 horas, oxaliplatino 85mg/m² e leucovorina 50mg).

Foram incluídos doentes que completaram neoadjuvância e submetidos a cirurgia até janeiro de 2024 num hospital de Portugal.

Os dados foram colhidos através do processo clínico e a análise estatística foi realizada através do programa SPSS v30.0.0.0.

Resultados: Foram incluídos 119 doentes, com idade mediana de 62 anos [IIQ 51-70] e com predominância

do sexo masculino em ambos os grupos (Grupo A: 61% vs Grupo B: 66,7%). O ECOG PS no início do tratamento variou entre 0 e 1, sendo que a maioria apresentava ECOG PS 0 (Grupo A: 63,6% vs Grupo B: 81,0%).

Em termos de características clínicas, ambos os grupos eram bem balanceados, sem evidência de diferença com significância estatística entre eles (p=0,063).

Foram 8 (6,7%) os doentes não submetidos a cirurgia com intuito curativo, todos no grupo A. Destes, em 4 (3,4%) o motivo foi progressão de doença e os restantes 4 (3,4%) optaram por vigilância.

A mediana de SG ainda não terá sido atingida, tendo-se verificado que 31 doentes (26%) apresentaram recidiva da doença, 21 (67,7%) dos quais do grupo A, e contabilizaram-se 41 mortes (34,4%), 32 (78%) das quais em grupo A.

Em comparação entre grupos, estes não apresentaram diferenças estatisticamente significativas em termos de SG (p=0,668) e ILD (p=0,877).

Foram 12 e 7 os doentes que obtiveram RPC respetivamente nos grupos A e B (15,5% vs 16,6%, p=0,878), não evidenciando diferença estatística significativa.

Para analisar os dados face ao intervalo entre o término de RT e cirurgia, dividimos cada grupo A e B em dois grupos: o grupo de doentes submetidos a cirurgia com menos de 8 semanas após término de RT e o grupo de doentes submetidos a cirurgia após 8 ou mais semanas de RT.

Tendo isto em conta, dentro do grupo A, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas de SG (p = 0.981) e ILD (p = 0.965), em função do número de semanas decorrido entre o final da RT e a cirurgia. No grupo B, os doentes submetidos a cirurgia após mais de 8 semanas de término de RT apresentaram melhoria na SG, com mediana de 73.5 semanas, comparada com 38.5 semanas no grupo com menos de 8 semanas de intervalo (p=0.002). O número de semanas decorrido entre o final da RT e a cirurgia, não teve impacto estatisticamente significativo no ILD (p = 0.793).

Discussão: Apesar de reconhecermos o *follow up* curto e o reduzido número de doentes como limitações deste estudo, os resultados ajudam a compreender a importância da multidisciplinaridade e a complexidade de decisão terapêutica inerente ao CR localmente avançado.

Assim, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos submetidos a QRT e TNT relativamente a SG e ILD e obtenção de RPC.

O período decorrido entre o final da RT e a cirurgia teve um impacto positivo, com significância estatística na SG, nos doentes sob TNT e submetidos a cirurgia após mais de 8 semanas.

Conclusões: Em suma, os resultados deste estudo vêm comprovar a importância da multidisciplinaridade no tratamento do CR localmente avançado. A exigência de diferentes especialidades, a sua coordenação e os *timings* têm um impacto real no prognóstico da doença.

TRIFLURIDINA/TIPIRACILO EM COMBINAÇÃO COM BEVACIZUMAB NO TRATAMENTO DO CARCINOMA COLORRETAL METASTIZADO: DADOS DE VIDA REAL

Beatriz Belo; Sofia Peixoto; Joana Cabral; Patrícia Liu;
Joana Marinho; Raquel Basto; Maria Castelo Branco;
Andreia Capela; Sandra Custódio

Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho

Introdução: No tratamento do carcinoma colorretal metastizado (CCRm) refratário, o ensaio RECURSE estabeleceu trifluridina/tipiracilo (TAS-102) como opção terapêutica com benefício na sobrevivência global (SG). Posteriormente, o ensaio de fase III SUNLIGHT confirmou que a combinação de TAS-102 e bevacizumab é superior à monoterapia, resultando em ganhos significativos na sobrevivência livre de progressão (SLP) e na SG. Este estudo suporta a utilização desta combinação como estratégia eficaz na doença refratária.

Objetivos: Avaliar a eficácia e segurança do tratamento com TAS-102 em associação com bevacizumab no tratamento do CCRm.

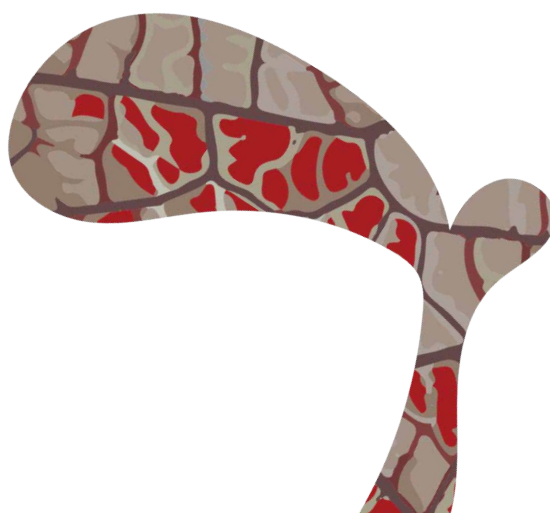
Material e métodos: Coorte retrospectiva e unicêntrica que incluiu todos os doentes com CCRm que iniciaram tratamento com TAS-102 + bevacizumab de março de 2023 até março de 2025. Os dados clínicos, laboratoriais e imagiológicos foram extraídos de registos eletrónicos e analisados com o *software* IBM SPSS Statistics v29. Foi realizada análise descritiva e de sobrevivência através do método de Kaplan-Meier.

Resultados: Foram incluídos 22 doentes, dos quais 15 (68.2%) do sexo masculino, com idade média de 56 anos (38–73) e 95.5% tinham ECOG 0-1. O tumor primário localizava-se no cólon esquerdo em 16 doentes (72.7%), colón direito em 5 (22.7%), reto em 1 doente (4.5%) e outro doente (4.5%) tinha tumores síncronos direito e esquerdo. Ao diagnóstico, 13.6% eram estadio II, 22.7% estadio III e 63.6% estadio IV (AJCC 8ª edição), sendo a metastização à distância mais frequentemente hepática (72.7%), seguido de peritoneal (27.3%), pulmonar (22.7%) e óssea (13.6%), com 7 doentes com metastização em mais do que um órgão. Em relação às alterações moleculares, 13 (59.1%) doentes tinham mutação RAS. O tempo mediano desde o diagnóstico de doença metastizada até ao início de TAS-102 + bevacizumab foi de 24 meses (AIQ 10.2), tendo a maioria dos doentes (72.7%) realizado este esquema em terceira linha. Com uma mediana de *follow-up* desde o início de TAS-102 de 17.7 meses (IC 95%: 8.68–26.80), a SLP mediana foi de 4.4 meses (IC 95%: 1.79–6.95) e a SG mediana de 10.9 meses (IC 95%: 5.17–16.57). A duração mediana do tratamento foi de 3.3 meses (AIQ 2.75). O motivo de suspensão do tratamento foi progressão de doença em 14 doentes e agravamento do estado geral em 4 doentes. Após progressão, 7 doentes realizaram mais uma linha de tratamento, 3 realizaram duas linhas e 1 doente realizou mais três linhas de tratamento. Os

eventos adversos mais comuns foram a neutropenia (40.9%; grau 3 em 7 doentes), náuseas (36.4%), astenia (31.8%) e diarreia (22.7%). A taxa de resposta foi de 4.5% (n=1), com uma taxa de controlo de doença de 31.8% (n=7), sendo que 3 doentes foram longos respondedores, com controlo de doença durante mais de 12 meses.

Discussão: Os dados de vida real aqui apresentados são globalmente consistentes com os do ensaio SUNLIGHT. A SG observada foi sobreponível à do ensaio, apesar de uma duração de tratamento e SLP ligeiramente inferiores. O perfil de segurança confirmou a toxicidade esperada do TAS-102, predominantemente neutropenia grau 3, que foi manejável. Os restantes eventos adversos foram maioritariamente ligeiros a moderados, confirmando a viabilidade da combinação mesmo em doentes tratados com múltiplas linhas terapêuticas. A observação de um subgrupo de doentes com benefício clínico prolongado (>12 meses) sugere a existência de uma população com particular sensibilidade à terapêutica, merecedora de futura investigação para identificar biomarcadores preditivos de resposta. Tratando-se de um estudo de vida real, as principais limitações incluem a natureza retrospectiva, a unicentricidade e a amostra reduzida de doentes.

Conclusão: Estes dados da vida real validam a combinação TAS-102 + bevacizumab como uma estratégia eficaz e manejável para o CCRm refratário, e aponta para a necessidade de identificar biomarcadores que possam prever uma resposta prolongada.



FRUQUINTINIB: A EXPERIÊNCIA DE UMA ULS

Fabiana Benigno; Sara Machado; Cristina Ferro; Pedro Costa; Paula Sadio

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

Introdução: O Fruquintinib é um inibidor altamente seletivo das quinases dos recetores do fator de crescimento endotelial vascular (VEGFR-1, -2 e -3), desenvolvido especificamente para o tratamento do cancro colorretal metastático (CCRm) em fase refratária. A sua ação baseia-se na inibição da angiogénese tumoral, um processo essencial para o desenvolvimento e progressão das células cancerígenas.

Em doentes previamente submetidos a terapêuticas com fluoropirimidina, oxaliplatina, irinotecano, agentes anti-VEGF e anti-EGFR, bem como à combinação de trifluridina + tipiracilo e/ou regorafenib, e que tenham apresentado progressão da doença ou intolerância a esses tratamentos, o Fruquintinib demonstrou melhorias significativas na sobrevivência global (OS) e no controlo da progressão tumoral. Estes resultados foram confirmados pelo ensaio clínico de fase III FRESCO-2.

Apesar dos dados promissores obtidos em ambiente de ensaio clínico, a evidência em contexto real é essencial para compreender melhor o perfil de efetividade e segurança deste fármaco.

Objetivo: Caracterizar o perfil de segurança e efetividade do Fruquintinib nos doentes tratados na instituição e comparação dos resultados obtidos com os dados do estudo FRESCO-2.

Material e métodos: Estudo observacional e retrospectivo de todos os doentes tratados com Fruquintinib, entre setembro 2024 e julho 2025

Foram recolhidas as seguintes variáveis do processo clínico: idade, terapêuticas prévias realizadas, reações adversas a medicamentos (RAM), sobrevivência livre de progressão (PFS) e OS.

Resultados: Foram incluídos três doentes com uma mediana de idades de 48 anos.

Os três doentes foram submetidos a uma média de quatro linhas terapêuticas antes de iniciarem o tratamento com Fruquintinib.

Relativamente ao perfil de segurança, as RAM mais frequentemente observadas foram hiperbilirrubinémia, elevação das transaminases hepáticas, dor na zona plantar dos pés associada a lesões eritematosas, anorexia, hipocaliemia, leucopenia, fadiga, hipertensão ligeira, dores intensas, tenesmo, dor e ardor ao defecar e dor pélvica.

Os três doentes suspenderam o Fruquintinib devido a progressão da doença, vindo todos a falecer posteriormente. A OS foi de aproximadamente 4,1 meses

e progressão PFS média foi de 3,8 meses.

Discussão: Comparando os dados obtidos com os do estudo FRESCO-2, a mediana de idades é inferior àquela observada no estudo (48 vS. 64).

Tal como no estudo, os doentes fizeram no mínimo quatro linhas de tratamento antes de iniciar o Fruquintinib.

Em relação às RAM verificadas nestes doentes, a maior parte delas encontram-se descritas e bem caracterizadas no Resumo de Características do Medicamento (RCM) do Fruquintinib. A dor e ardor ao defecar e a dor pélvica não são mencionados em RCM podendo estar mais relacionadas com a doença do que com o efeito do medicamento.

A OS dos doentes foi inferior à verificada no estudo (4,1 vS. 7,4 meses, respetivamente), mas a PFS foi sobreponível à do ensaio (3,8 vS. 3,7 meses).

Conclusão: Apesar das limitações do estudo, incluindo o número reduzido de doentes, os resultados obtidos indicam que o Fruquintinib apresenta um perfil de efetividade comparável, embora com resultados de OS menos favoráveis do que os do estudo FRESCO-2.

Estes dados salientam a necessidade de realizar mais estudos, idealmente multicêntricos e com um maior número de doentes, de forma a obter dados mais consistentes sobre a efetividade e segurança do Fruquintinib em contexto real, permitindo uma utilização mais informada e segura deste fármaco na prática clínica.

Bibliografia: DASARI, Arvind et al. - Fruquintinib versus placebo in patients with refractory metastatic colorectal cancer (FRESCO-2): an international, multicentre, randomised, double-blind, phase 3 study. *The Lancet*. ISSN 1474-547X. 402:10395(2023)41-53. doi:10.1016/S0140-6736(23)00772-9. CERVANTES, A. et al. - Metastatic colorectal cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up-ESMO Metastatic Colorectal Cancer Living Guidelines, v1.1 July 2023. *Annals of Oncology*. ISSN 1569-8041. 34:1(2023)10-32. doi:10.1016/j.annonc.2022.10.003. EMA-FRUZAQLA Resumo das Características do Medicamento, 2024

TRATAMENTO DE CANCRO DO CÓLON METASTÁTICO COM TRIFLURIDINA-TIPIRACILO EM MONOTERAPIA VERSUS TRIFLURIDINA-TIPIRACILO COM BEVACIZUMAB: EVIDÊNCIA DE VIDA REAL

Mafalda Dias; Catarina Lopes; Carolina Monteiro; Joelma Mendes; António Queiroz; Rui Bastos; Tiago Barroso; Leila Costa; André Mansinho; Catarina Abreu; Luís Costa

Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Introdução: O cancro colorretal é a terceira neoplasia mais frequente no mundo, englobando um largo espectro de apresentações. As fluoropirimidinas são o esqueleto da quimioterapia em primeira e segunda linhas. Em doentes com doença refratária, existem menos opções, entre as quais a trifluridina-tipiracilo (TAS). Em 2023, o estudo SUNLIGHT permitiu a aprovação da utilização de TAS em combinação com Bevacizumab. Este ensaio demonstrou que TAS em combinação com Bevacizumab apresentou uma sobrevivência superior a TAS em monoterapia.

Objetivos: Caracterizar as populações de doentes com cancro colorretal refratário: a submetida a tratamento com TAS e a submetida a tratamento com TAS + Bevacizumab, em termos de características da doença, sobrevivência e efeitos adversos das terapêuticas.

Material e métodos: Estudo observacional coorte retrospectivo unicêntrico, em doentes com neoplasia colorretal refratária submetidos a tratamento com TAS e com TAS com Bevacizumab entre novembro de 2018 e julho de 2025.

Resultados: Neste estudo foram incluídos 122 doentes, sendo que, para a avaliação de sobrevivência global e sobrevivência livre de progressão, foram excluídos 6 doentes (*missing data*). Do grupo inicial de doentes, 74 (60,65%) fizeram TAS e 48 (39,34%) fizeram TAS+Bevacizumab.

Nos doentes de TAS, 45 (61%) eram do sexo masculino, a sua idade mediana era de 66,5 anos e 53 (72%) apresentavam um ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group*) prévio ao início da terapêutica ≤ 1 . Atualmente, 61 (82%) faleceram. Quanto à caracterização da doença, 52 (70%) apresentavam neoplasia do cólon e, destes, 31 (60%) do cólon esquerdo. Apenas um doente apresentou instabilidade de microssatélites, 4 (5%) apresentavam mutação BRAF, 31 (42%) apresentavam mutação RAS e 2 (3%) alteração do HER2. A média do número de locais de doença metastática foi de 2,03. A maioria (57 doentes, 77%) apresentavam metastização hepática e 44 (59%) apresentavam metastização pulmonar. Por fim, relativamente à terapêutica, a média do número de linhas anteriores foi de 2,39. No caso dos doentes que não realizaram bevacizumab, o principal motivo foi patologia cardiovascular recente. Os principais efeitos adversos reportados foram neutropenia (41,9%), astenia (27%) e náuseas e vômitos (17,6%). Foi necessário

reduzir a dose em 23 doentes (31%) e o fármaco foi descontinuado em 69 doentes (93%). O principal motivo de descontinuação foi a progressão de doença, em 37 doentes (54%).

Nos doentes de TAS+Bevacizumab, 25 (52%) eram do sexo masculino; a sua idade mediana era de 68 anos e 38 (80%) apresentavam um ECOG prévio ao início da terapêutica ≤ 1 . Atualmente, 26 doentes (54%) já faleceram. Quanto à doença, 36 (75%) apresentavam neoplasia do cólon e, destes, 27 (75%) eram do cólon esquerdo. Apenas um doente apresentou instabilidade de microssatélites, 2 (4%) apresentavam mutação BRAF, 31 (65%) apresentavam mutação RAS e 1 (2%) alteração do HER2. A média do número de locais de doença metastática foi de 2,33. A maioria (39 doentes, 81%) apresentava metastização hepática e 34 (71%) apresentavam metastização pulmonar. Por fim, relativamente à terapêutica, a média do número de linhas anteriores foi de 2,48. Os principais efeitos adversos reportados foram astenia (45,8%), anorexia (35,4%) e náuseas e vômitos (31,2%). Foi necessário reduzir a dose em 14 doentes (30%) e o fármaco foi descontinuado em 37 doentes (77%). O principal motivo de descontinuação foi a progressão de doença em 23 doentes (48%).

Relativamente aos dados de sobrevivência, o grupo que realizou TAS apresentou uma sobrevivência livre de progressão de 3,87 meses (95% CI 3,27-5,73) e uma sobrevivência global de 9,60 meses (95% CI 5,90-11,73). Já o grupo que realizou TAS+Bevacizumab, apresentou uma sobrevivência livre de progressão de 4,17 meses (95% CI 2,97-6,20) e uma sobrevivência global de 8,23 meses (95% CI 5,63-22,97). A diferença entre os dois grupos não foi estatisticamente significativa - sobrevivência livre de progressão $p=0,95$ e sobrevivência global $p=0,28$.

Discussão: Este estudo permitiu-nos avaliar dados de vida real relativamente à utilização de TAS e TAS+Bevacizumab. No geral, a população deste estudo é semelhante à incluída no ensaio SUNLIGHT. Destaca-se que, em meio hospitalar, foi iniciada terapêutica a doentes com pior estado geral do que no ensaio. Por outro lado, por se tratar de um estudo retrospectivo, os doentes não foram randomizados e houve um número limitado de doentes em cada grupo, pelo que poderá haver viés de seleção. Comparativamente ao estudo SUNLIGHT, as sobrevivências globais foram inferiores, o que é expectável em dados de vida real. Adicionalmente, será feita uma análise de tempo desde o diagnóstico da doença até início da terapêutica, assim como avaliação de outros fatores com impacto no prognóstico e eficácia terapêutica, para melhor caracterização destes resultados. Relativamente aos efeitos adversos, são sobreponíveis aos do estudo supracitado.

Conclusões: Neste estudo observamos que a população que tratamos é semelhante à incluída no estudo SUNLIGHT. No entanto, a sobrevivência global foi inferior ao estudo de referência, pelo que será importante avaliar os motivos que podem levar a esta diferença.

PREVENÇÃO DE INTERAÇÕES FARMACOLÓGICAS COM INIBIDORES DA TIROSINA CINASE

Patrícia Carreira; Sofia Pinto

Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: As interações entre fármacos são frequentes no doente oncológico e podem afetar a eficácia e segurança da terapêutica, nomeadamente diminuir a tolerabilidade e aumentar a toxicidade, sobretudo em indivíduos polimedicados. Os inibidores da Tirosina Cinase (TKIs) são fármacos com biodisponibilidade oral que apesar de proporcionarem conforto e flexibilidade ao doente, também são mais suscetíveis a interações com outros grupos terapêuticos, sobretudo pela metabolização dependente do citocromo P-450 (CYP450). A identificação das possíveis interações é um passo crucial para a gestão terapêutica e prevenção de possíveis efeitos adversos.

Objetivos: Avaliar as interações farmacológicas e identificar estratégias de gestão terapêutica em doentes com carcinoma gastrointestinal em tratamento com TKIs.

Material e métodos: Análise retrospectiva, desde janeiro de 2025, a todos os doentes com carcinoma gastrointestinal e em tratamento com TKIs recorrendo ao *SGICM*® e *SClinico*®. Para a revisão terapêutica recorreu-se ao *UpToDate*® e ao *DRUGBANK*®, foram consideradas interações clinicamente relevantes as que têm recomendação de monitorização e que têm evidência científica e como potencial interação as que têm probabilidade reduzida de interação.

Resultados: Durante o período em estudo, foram avaliados 16 doentes, 3 sob terapêutica com Fruquintinib para colorretal metastático e 13 sob Imatinib para tumor do estroma gastrointestinal. Quanto ao Fruquintinib encontraram-se 5 potenciais interações farmacológicas com base no perfil farmacocinético dos fármacos num dos doentes. Dos doentes sob Imatinib detetaram-se interações clinicamente relevantes em 10 doentes, na totalidade 22 interações, nomeadamente com analgésicos não opioides (n=6), anti-inflamatórios não esteroides (AINES) (n=3), benzodiazepinas (n=3), antidepressivos (n=3), opioides (n=2), anti-histamínicos (n=1), bloqueadores alfa-adrenérgicos (n=1) e estatinas (n=1). Para além disso, 11 doentes têm potenciais interações tendo em conta a farmacocinética, totalizando 28 casos de possível interferência farmacológica.

Discussão: Os TKIs têm potencial significativo para interações farmacológicas, nomeadamente pela suscetibilidade a alterações da absorção gastrointestinal, ao transporte pela glicoproteína-P e ao metabolismo pelo CYP450. No caso, do Fruquintinib e do Imatinib são suscetíveis a moduladores do CYP3A4. As interações clinicamente relevantes requerem monitorização terapêutica. Para reduzir o risco potencial de interações,

quando clinicamente adequado podem ser considerados fármacos cuja metabolização não depende do CYP450, no caso dos AINES o diclofenac, dos anti-histamínicos a bilastina e nas estatinas a pitavastatina.

Para além disso, a colaboração multidisciplinar do farmacêutico na reconciliação terapêutica pode aumentar a segurança e eficácia do tratamento, assim como contribuir para a adesão à terapêutica.

Conclusões: A monitorização sistemática das interações terapêuticas em doentes tratados com TKIs, especialmente imatinib e fruquintinib, permite conhecer os riscos de toxicidade ou perda de eficácia e desenvolver um plano terapêutico personalizado.



NÃO HÁ DUAS SEM TRÊS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO COM TRÊS TUMORES PRIMÁRIOS SEQUENCIAIS

Alex Didier Cap; Ana Paula Martins; Maria Paula Fontes; Andreia Costa; Lígia Osório

Unidade Local de Saúde de São João

Os carcinomas do esôfago representam o 11º cancro mais diagnosticado e o 7º mais letal a nível mundial. Sintomas típicos incluem disfagia, anorexia, hemorragia digestiva alta ou disfonia. Os principais tipos histológicos incluem os adenocarcinomas e os carcinomas epidermoides, estes últimos mais prevalentes na Europa. Importantes fatores de prognóstico incluem a presença de metastização ganglionar e visceral. O tratamento neoadjuvante de quimioradioterapia seguido de cirurgia é o tratamento *gold standard* nos carcinomas localmente avançados. A literatura recomenda nos primeiros dois anos com consultas de 4 em 4 meses, posteriormente de 6 em 6 meses até aos 5 anos e depois anualmente até aos 10 anos.

Os autores apresentam um caso clínico de um doente com carcinoma primário do esôfago, onde durante o período de vigilância foi detectado um carcinoma da mama e carcinoma neuroendócrino metácrónos.

Doente de 68 anos, sexo masculino, ECOG 0, com antecedentes de tabagismo de 15 UMA, tendo cessado aos 57 anos. Sem outros antecedentes patológicos de relevo nem antecedentes oncológicos familiares.

Diagnóstico em Novembro de 2015 de carcinoma epidermoide do terço distal do esôfago. Ficou internado por disfagia total, e no estudo foi encontrado um “espessamento parietal concêntrico do terço distal do esôfago, numa extensão longitudinal de aproximadamente 46mm (...) nos planos infrajacentes formação ganglionar com 8mm” em Tomografia Computadorizada (TC) de tórax, tendo como estadiamento inicial cT3 Nx MO. Realizou quimioterapia (QT) neoadjuvante (2 ciclos de Cisplatina e 5-Fluorouracil), radioterapia (RT) neoadjuvante (45Gy, 1.8Gy/dia ao esôfago em 25 frações, através de 8 campos e 1 segmentos, com fotões 6 e 18MV) e esofagectomia de McKeown. Foi estadiado em ypT1b N0 R0, ficando em vigilância.

Contudo, em Janeiro de 2016, foi detectado um nódulo de 16mm na transição dos quadrantes externos na mama direita em ecografia, pedida pelo doente por apresentar ginecomastia de novo. A biópsia revelou um carcinoma invasor NST, grau 2, RH 100% e HER2 negativo. Ficou decidido iniciar hormonoterapia primária com Tamoxifeno até completar o tratamento do carcinoma do esôfago. Foi submetido a mastectomia simples com biópsia de gânglio sentinela em Março de 2016, tendo sido estadiado em pT1b N1a(sn) R0. Completou 5 anos de Tamoxifeno adjuvante em Março de 2021, tendo ficado em vigilância.

Entretanto, em Maio de 2023, foi detectado um

crescimento muito lento e gradual de adenomegalias no mesentério em TC Cervico-Toraco-Abdomino-Pélvica. Fez biópsia que revelou um “carcinoma metastático, compatível com primário gastrointestinal”. Numa Tomografia com Emissão de Positrons com Gálio-68 (PET-Ga) de Abril de 2024, foi comprovada a existência de “lesões neoplásicas malignas com hiperexpressão de receptores para a somatostatina no delgado”, assumindo-se diagnóstico de carcinoma neuroendócrino com metastização ganglionar intra-abdominal e hepática. Iniciou tratamento com análogo da Somatostatina (Octreótido 30mg) mensal, que mantém até a data.

O doente foi encaminhado para a consulta de Oncogenética, onde não foram identificadas variantes patogénicas, tendo sido sugerida uma reavaliação em 5 anos.

A história deste doente mostra a importância de uma vigilância apertada na obtenção de uma boa sobrevida global nos carcinomas epidermoides do esôfago.

O seguimento deste doente, permitiu detectar um novo tumor primário da mama e um novo tumor neuroendócrino do intestino, apresentando 10 anos após o diagnóstico inicial um ótimo estado geral (ECOG 0) e uma boa qualidade de vida.



ADENOCARCINOMA COLORRECTAL METASTÁTICO COM LONGA SOBREVIVÊNCIA: DESAFIOS NA ABORDAGEM DA POPULAÇÃO JOVEM

Inês Dunões; Inês Bastos; Maria Baió; Mariana Inácio; Francisco Trinca; Rui Dinis

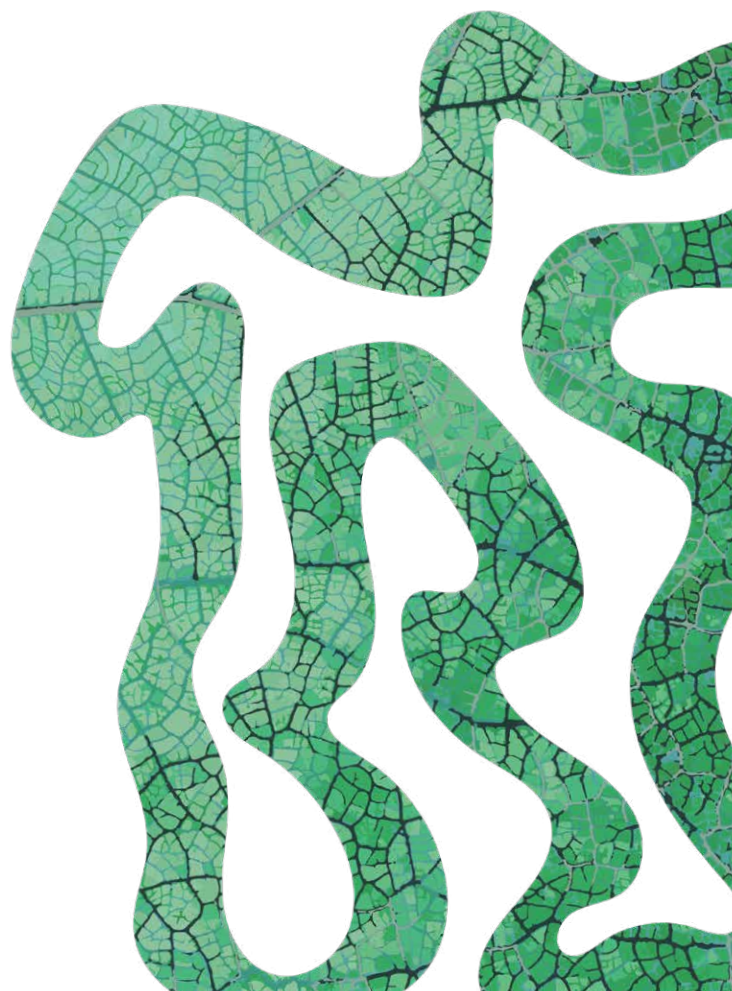
Hospital Espírito Santo Évora

Introdução: O cancro colorretal (CCR) é a segunda neoplasia mais diagnosticada em Portugal, sendo responsável por uma elevada taxa de morbilidade e mortalidade. Atualmente, cerca de 10% dos diagnósticos ocorrem antes dos 50 anos, numa população jovem, com bom estado geral e frequentemente candidata a múltiplas linhas terapêuticas. Neste contexto, têm vindo a emergir novas estratégias terapêuticas para doentes com doença metastática previamente tratados, como é o caso da combinação TAS-102 (trifluridina/tipiracil) e bevacizumab, cujo objetivo é prolongar a sobrevivência global (sg) e a sobrevivência livre de progressão (slp), mantendo a qualidade de vida.

Caso Clínico: Mulher de 48 anos, diagnosticada em outubro de 2014 com Adenocarcinoma do reto, RAS e BRAF wild-type, submetida a resseção anterior do reto (pT3 pN2a pMx pG2 R0), seguida de FOLFOX adjuvante e posteriormente quimiorradioterapia até maio de 2015, ficando depois em vigilância. Em janeiro de 2017, realizou TC toraco-abdomino-pélvico (TAP) que revelou metastização hepática e pulmonar, tendo iniciado FOLFIRI + cetuximab com resposta parcial hepática, permitindo a metastasectomia de seis lesões hepáticas em agosto. Reiniciou quimioterapia com FOLFIRI + panitumumab e após reavaliação com TC TAP no final de 2017 a demonstrar remissão completa, a doente ficou, a seu pedido, em vigilância até agosto de 2020, altura em que a PET mostrou recidiva pulmonar (três nódulos no lobo superior direito e dois no lobo superior esquerdo). Foi submetida a resseção atípica do lobo superior direito em novembro de 2020, que confirmou metastização e recusou cirurgia dos nódulos esquerdos. Reiniciou tratamento com FOLFOX + bevacizumab (por má tolerância a panitumumab), que manteve até dezembro de 2021. Por vontade da doente, suspendeu tratamento, regressando em julho de 2022, altura em que iniciou De Gramont por recusar esquemas mais intensivos. Em maio de 2023 a PET evidenciou progressão pulmonar, a biópsia líquida não mostrou novas alterações e a doente recusou cirurgia torácica pelo que foi proposta para terceira linha com TAS-102 + bevacizumab, que iniciou em junho de 2023. Realizou ainda radioterapia estereotáxica (SBRT) sobre os nódulos pulmonares esquerdos (50Gy/5 frações), mantendo posteriormente TAS-102 + bevacizumab com excelente tolerância. Em agosto de 2024 a PET mostrou resposta completa, no entanto, realizou nova PET em julho de 2025 que identificou uma lesão pulmonar de novo no lobo superior esquerdo, sugestiva de progressão. Atualmente a doente aguarda avaliação de Cirurgia Torácica para eventual excisão e

manter tratamento com TAS-102 + bevacizumab, com excelente tolerância, sem necessidade de ajustes de dose ou adiantamentos, mantendo ECOG PS 0 e vida ativa.

Conclusão: O presente caso ilustra uma doente jovem com cancro do reto com quase 9 anos de evolução após metastização graças a uma abordagem multidisciplinar que incluiu não só cirurgia e radioterapia mas também várias linhas terapêuticas com períodos de pausa o que permitiu que a doente mantivesse uma longa sobrevivência mas também uma excelente qualidade de vida e um ECOG PS de 0. Apesar da progressão pulmonar recente, a doente apresentou uma resposta prolongada à terceira linha com TAS-102 + bevacizumab, com uma slp de aproximadamente 24 meses, consideravelmente superior à mediana de 5,6 meses descrita no estudo SUNLIGHT. Apesar de se tratar de uma terceira linha foi possível conseguir uma melhoria significativa da slp mantendo a qualidade de vida.



TRANSPLANTE HEPÁTICO EM DOENTE COM CANCRO CÓLON METASTIZADO : A PROPÓSITO DE UM CASO DE RECIDIVA PRECOCE

Amanda Hirschfeld¹; Margarida Pereira¹; Sílvia Dias²;
Manuel Limbert¹; Miguel Braga¹; Ricardo Fonseca¹;
Isadora Rosa¹; Isália Miguel¹

1 - Instituto Português de Oncologia Lisboa;

2 - Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

Introdução: O transplante hepático (TH) tem sido explorado como opção de tratamento de metástases hepáticas de carcinoma colorretal (MHCCR) irrissecáveis.

Em doentes rigorosamente selecionados, o TH ofereceu ganho de sobrevivência global

(OS) apesar de uma sobrevivência livre de doença (DFS) frequentemente reduzida. A recidiva extra-hepática, nomeadamente pulmonar, ocorre em média após 6 meses do TH, segundo dados de coortes recentemente publicadas na literatura.

Relatamos um caso de recidiva pulmonar precoce de CCR no primeiro mês após TH.

Caso Clínico: Homem de 49 anos, ex-fumador, sem comorbilidades. Em março de 2023 foi diagnosticado com adenocarcinoma do cólon esquerdo, grau 2, RAS/BRAF wild-type e MMR proficiente, com metástases hepáticas síncronas bilobares. Iniciou quimioterapia (QT) de conversão com FOLFOX+cetuximab, com redução de dose desde o 2º ciclo devido à toxicidade cutânea e neuropatia periférica G2. Obteve-se resposta radiológica completa. Em janeiro de 2024 foi submetido a cirurgia do tumor primário com colectomia esquerda (pT3N2a; 4/24 gânglios positivos), com ressecção R0. Em outubro de 2024, a tomografia tóraco-abdominopélvica evidenciou recidiva exclusivamente hepática (quatro nódulos, sendo o de maior diâmetro 25 mm). Reiniciou QT com esquema FOLFIRI+cetuximab em dose reduzida, face a toxicidades prévias e neuropatia sequelar. Cumpru cinco ciclos entre novembro de 2024 e janeiro de 2025. Em fevereiro de 2025, a RM abdominopélvica mostrou redução dimensional dos nódulos e ausência de lesões *de novo*. Analiticamente, evidência de resposta bioquímica com negatificação dos marcadores tumorais. Após discussão multidisciplinar, foi proposto transplante hepático (TH). Doente manteve-se em pausa de quimioterapia enquanto aguardava em lista de espera para TH. Entretanto, em maio de 2025 verificou-se subida exponencial dos marcadores (CEA >1000 µg/L e CA 19-9 >1000), pelo que reiniciou quimioterapia até o TH (fez dois ciclos). Em julho de 2025, realizado TH com dador vivo por via robótica. O pós-operatório foi complicado por bacteriemia por *Staphylococcus aureus* (MSSA), resolvida com flucloxacilina. O protocolo de imunossupressão incluiu indução com basiliximab, seguida de tacrolímus e prednisolona. No primeiro mês

pós-transplante, os exames de imagem documentaram evolução favorável do enxerto, mas identificaram nódulos pulmonares bilaterais, sugestivos de recidiva pulmonar.

Discussão: A recidiva precoce observada pode sugerir uma biologia tumoral particularmente agressiva e/ou micrometástases subclínicas que já estariam presentes ao momento do TH.

O doente apresentava critérios de pior prognóstico, segundo o Oslo score, como alta carga tumoral hepática e CEA ≥80 µg/L no pré-TH.

Diversos elementos do cenário pré e perioperatório vêm sendo investigados quanto ao potencial impacto negativo na resposta terapêutica e evolução desfavorável dos doentes oncológicos.

No caso relatado, ressaltamos alguns fatores que poderiam contribuir para a recidiva precoce.

As reduções de dose e períodos de pausa da QT impostas pela toxicidade podem ter comprometido o controlo sistémico da doença.

O acto cirúrgico *per se*, a bacteriemia e a exposição a antibiótico de largo espectro podem ter modulado o eixo microbioma-intestino-fígado e desencadeado um estado inflamatório sistémico pró-metastático, com liberação de citocinas e formação de NETs (*neutrophil extracellular traps*), favorecendo a eclosão de micrometástases pulmonares.

Quanto à imunossupressão, o esquema com basiliximab seguido de tacrolímus e

corticoterapia esta alinhado com a prática; contudo alguns protocolos de TH em MHCCR

privilegiam a conversão precoce para inibidores de mTOR (sirolímus/everolímus) pelo seu racional antiproliferativo.

Conclusão: Este caso reforça a importância da seleção rigorosa dos candidatos a transplante hepático no contexto das MHCCR, bem como de uma vigilância estreita no período pós-transplante. A deteção precoce da recidiva permite intervenção atempada com terapêuticas sistémicas e/ou locorregionais, potenciando a qualidade de vida e a sobrevivência destes doentes.



LYMPHADENECTOMY EXTENT – A CRITICAL ROLE IN GASTRIC CANCER SURGERY

*Carla Peres; Rafael Carvalho; Nuno Rombo; Cláudia Diogo;
Diogo F. Santos*

ARS Lisboa e Vale do Tejo

Introdução: Gastric cancer has significant differences in terms of incidence across the world probably on account of regional risk factor variability. This has resulted in two distinct doctrines regarding treatment options that are most notorious between Eastern and Western countries, with differences ranging from timing of surgery and systemic therapy, extent of lymphadenectomy and the type of chosen chemotherapy.

Objetivos: Clinical case presentation and literature review with emphasis on treatment approaches.

Material e métodos: Case analysis plus literature review on the subject. A search on gastric cancer including epidemiologic factors, regional variations, treatment and management, short and long-term outcomes and overall survival was performed in Medline, Embase, Cochrane Central and Pubmed.

Resultados: We present a case of upfront surgery without systemic adjuvancy in the treatment of a clinically locally invasive gastric (stage IIB cT3N0M0) cancer with gastric outlet obstruction. The patient was an 87 years-old caucasian male diagnosed with an infiltrative circumferential obstructive prepyloric lesion, after endoscopy and abdominal-CT. A radical gastrectomy with extended lymphadenectomy (D2) with a Roux-en-Y esophagojejunostomy was performed. The final pathologic staging revealed an intestinal type gastric adenocarcinoma G3, pT3 N2 (3/28) - R0 and the patient was proposed to adjuvant chemotherapy with FOLFOX for six months. Despite the previous, the patient was unable to carry out the established plan due to constraints of the national health care system in the beginning of the COVID-19 pandemic. Still, he maintained close surveillance and now five years into follow-up remains disease free.

Discussão: Historically, Asian studies have demonstrated a greater benefit with upfront surgery in the contrast to European studies, which are in favour of peri-operative regimen.

In Europe, upfront surgery and pathological stage-based adjuvant therapy in gastric cancer is opted for localized gastric cancer stage >IB in the presence of complications such as gastric outlet obstruction or, otherwise, uncontrolled bleeding.

Surgical intervention for cases with gastric outlet obstruction has been reported to result in improvement of oral intake, resulting in maintaining life quality and a good prognosis.

Despite the timing of choice of systemic treatment delivery for stage IB-III disease, a radical gastrectomy is indicated.

The extent of lymph node dissection remains under debate, as concern for the associated morbidity of extended lymphadenectomy remains, despite the proven impact on oncologic outcomes. Still, the extent of lymphadenectomy being one of the most significant prognostic factors on overall survival, even after 5 years and up to 10 years.

Conclusões: Despite differing treatment philosophies, individualized patient-centered decision-making remains essential in the management of gastric cancer. This case highlights the critical role of high-quality lymphadenectomy, especially in the absence of perioperative chemotherapy, underlining the prognostic value of surgical factors.



CARCINOMA ANAL – INSIGHTS DE DADOS DA VIDA REAL

Ana Catarina Pereira Dias; Francisca Abreu; Ilda Faustino; Liliana Castro Oliveira; Ana Sofia Rolo; João Sobrinho Carvalho; Alexandra Teixeira; Carolina Carvalho; Isabel Azevedo Pereira; Camila Coutinho

Unidade Local de Saúde do Alto Ave

Introdução: O carcinoma anal é uma neoplasia rara, representando cerca de 1% de todas as malignidades, com incidência e taxas de morbilidade e mortalidade em aumento, particularmente entre mulheres e homens que têm sexo com homens. A maioria dos casos corresponde a carcinomas espinocelulares (CEC), fortemente associados ao HPV e ao VIH, bem como à prática de sexo anal recetivo, imunossupressão e tabagismo.

Material e métodos: Realizámos uma análise retrospectiva de doentes diagnosticados com carcinoma anal num único centro médico em Portugal, entre janeiro de 2014 e dezembro de 2024. Recorrendo a estatística descritiva, analisámos as características clínicas, estratégias terapêuticas e resultados no carcinoma anal.

Resultados: Foram incluídos 20 doentes na análise. Todos apresentavam carcinoma espinocelular. A idade mediana da coorte foi de 62,6 anos, com predomínio do sexo feminino (60%). No momento do diagnóstico, 50% encontravam-se em estágio II, 30% em estágio IIIA e 20% em estágio IIIB, sendo que 5% tinham infeção por VIH confirmada. Todos os doentes foram tratados com quimiorradioterapia, consistindo em 5-FU associada a mitomicina e radioterapia com doses totais de cerca de 50 Gy. Verificou-se recorrência em 15% dos casos (2 locais e 1 hepática), e a taxa de mortalidade foi de 20%. Cerca de 20% dos doentes apresentaram eventos adversos de grau 3/4, incluindo infeções, trombocitopenia, enterite rádica e estenose anal. O tempo médio de sobrevivência restrito foi de 68,7 meses, não tendo sido atingida a mediana da sobrevivência livre de doença, estimada em cerca de 74% aos 40 meses de seguimento.

Discussão e Conclusões: O nosso estudo sugere que o carcinoma anal afeta predominantemente indivíduos mais idosos e pode ser tratado de forma eficaz com protocolos não cirúrgicos de quimiorradioterapia combinada. Embora a recorrência e a morbilidade/mortalidade permaneçam desafiantes, o tempo médio de sobrevivência restrito de cerca de 69 meses indica um desfecho potencialmente favorável. São necessários estudos adicionais com coortes maiores para compreender melhor esta doença e otimizar as estratégias terapêuticas, de forma a melhorar os resultados terapêuticos no carcinoma anal.



PELVIC RE-IRRADIATION FOR LOCOREGIONALLY RECURRENT RECTAL ADENOCARCINOMA AFTER PRIOR NEOADJUVANT CHEMORADIOOTHERAPY

Carla Lopes, Virgínia Mareco, André Figueiredo, Maria Filomena de Pina

Serviço de Radioterapia ULSSM

Introduction: Locoregional recurrence of rectal cancer (LRR) may occur despite multimodality therapy, including surgery and pelvic chemoradiotherapy. For patients who are not candidates for curative salvage surgery, pelvic re-irradiation (re-RT) is a pragmatic option for symptom palliation and, in selected cases, improved local control, albeit with cumulative toxicity risks. Careful patient selection, conformal planning, and multidisciplinary oversight are essential. We present a pelvic re-irradiation case illustrating real-world decision-making, feasibility, and treatment trade-offs.

Objectives: To describe the clinical course, technique, tolerance, and outcomes of pelvic re-irradiation for unresectable LRR following prior neoadjuvant chemoradiotherapy, and to contextualize these findings within current clinical practice.

Material and Methods: A 60-year-old man with a 2019 diagnosis of low rectal adenocarcinoma (rmT3 rmN1a cM0, stage IIIB). The patient received neoadjuvant pelvic chemoradiotherapy from Apr/2019 to May/2019 using 3D-CRT (45 Gy in 25 fractions plus a 5.4 Gy boost at 1.8 Gy/fraction; 16 MV photons) with concurrent capecitabine. Subsequently underwent intersphincteric low anterior resection with coloanal anastomosis and diverting ileostomy in Aug/2019. Pathology showed ypT3 ypN0 (0/14) R0, perineural invasion, incomplete mesorectum, a 3-mm circumferential (radial) margin, modified Ryan tumor regression grade 2, and MMR proficiency (MSS). The postoperative course included a perianastomotic pelvic collection (Oct/2019) and an impassable coloanal stricture; adjuvant chemotherapy was discussed but not delivered due to postoperative morbidity/stricture. In Jun/2020, the patient underwent abdominoperineal resection of the coloanal anastomosis with ileostomy closure and creation of an end colostomy, complicated by anterior abdominal, presacral, and left ischioanal collections managed with intravenous antibiotics. Pathology demonstrated moderately differentiated adenocarcinoma (G2), rpT3 R1 (positive circumferential margin) LO VO pN0, pN0 (0/5), consistent with locoregional recurrence. Pelvic MRI and 18F-FDG PET/CT (Aug/2020) confirmed unresectable locoregional recurrence. Palliative systemic therapy was initiated (bFOLFOX → LV5FU2 [de Gramont]+bevacizumab → bFOLFOX). Given persistent, symptomatic locoregional recurrence after systemic therapy—and a ~29-month interval from prior pelvic RT—salvage pelvic re-irradiation was delivered with 3D-CRT (45 Gy in 15 once-daily 3-Gy fractions, Oct/2021–Nov/2021) for local palliation and disease control. Cumulative physical dose across both pelvic RT courses ≈95.4 Gy; estimated cumulative EQD2 ($\alpha/\beta = 3$) ≈102 Gy.

Results: During re-irradiation, the patient developed mild lower urinary tract symptoms. Early post-treatment follow-up showed a progressive CEA decline (36.7 → 20.2 → 10.4 ng/mL). A CT performed ~2 weeks after re-irradiation showed a presacral mass slightly larger than baseline, interpreted as treatment-related edema/necrosis vs. progression. In Jun/2022, radiologic and clinical progression was documented, and bFOLFIRI was started. CT chest–abdomen–pelvis (Dec/2022) showed stable disease after ~15 cycles of bFOLFIRI (until Feb/2023). Treatment then switched to maintenance de Gramont/LV5FU2 plus bevacizumab, with no progression on CT in Jun/2023. Following clinical deterioration in Apr/2024 with tumor-related urinary complications—namely obstructive uropathy with bilateral hydronephrosis and an enterovesical fistula after TURP—and with no curative resection feasible, oral trifluridine/tipiracil (TAS-102) was initiated in Apr/2024 (cycle 1 on 15/04/2024). While on TAS-102, CT in Aug/2024 demonstrated radiologic progression; treatment was continued palliatively until Jan/2025. The patient died in Aug/2025 from locally progressive pelvic disease with subsequent urinary and pelvic complications culminating in sepsis.

Discussion: This case demonstrates the feasibility of pelvic re-irradiation after prior neoadjuvant chemoradiotherapy, with acceptable acute genitourinary toxicity and an early biochemical response. The ~29-month interval between pelvic RT courses, good performance status, and prior systemic therapy supported re-treatment. The patient subsequently maintained disease stability on second-line therapy and during maintenance, suggesting that re-irradiation can create a window for systemic-therapy benefit and delay symptomatic progression in selected unresectable LRR. The late urinary/pelvic events that occurred later in the disease course were likely multifactorial. Technique and dose/volume optimization remain critical; when available, more conformal approaches and careful compliance with organ-at-risk constraints may further mitigate late risk. In this case, re-irradiation was acutely well tolerated and enabled a meaningful clinical window for systemic therapy benefit. Published re-irradiation regimens and delivery techniques vary across centers; selection should be individualized to prior dose distributions, target volume, organ-at-risk tolerances, and goals of care. Multidisciplinary management—with close urology and surgical involvement—is advisable given late GU risk in previously irradiated pelvises.

Conclusions: In this unresectable patient, pelvic re-irradiation after prior neoadjuvant chemoradiotherapy was feasible, produced acceptable acute toxicity and an early biochemical response, but offered limited durable local control with late GU morbidity in a multifactorial setting. Overall survival from the start of re-irradiation to death was ~46 months (Oct/2021–Aug/2025). These observations support re-irradiation as a pragmatic, patient-centered option in selected LRR within specialized multidisciplinary centers, emphasizing careful selection, inter-course interval maximization, and more conformal dose/volume planning.

MESOTELIOMA PERITONEAL EPITELIAL: IMUNOTERAPIA COMO PONTE PARA CIRURGIA CITORREDUTORA E HIPEC-A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Bastos; Tomas Carvalho; Inês Dunões; Mariana Inácio; Maria Baio; Rui Dinis; Alicia Oliveira

HOSPITAL ESPÍRITO SANTO-ÉVORA

Introdução: O mesotelioma peritoneal epitelial é uma neoplasia rara, com incidência estimada de 0,5 a 3 casos/milhão de habitantes/ano. Corresponde ao subtipo mais frequente, cerca de 70–80% dos casos, e apresenta melhor prognóstico face às variantes bifásica e sarcomatoide. Está associado sobretudo à exposição ao amianto, embora possam existir predisposições hereditárias.

A sintomatologia é inespecífica incluindo dor ou distensão abdominal, ascite e perda ponderal. Frequentemente esta apresentação ocorre em fases avançadas, ainda que confinada ao peritoneu. O diagnóstico baseia-se em tomografia computadorizada (TC) abdomino-pélvica, complementada por laparoscopia para avaliação do índice de carcinomatose peritoneal (PCI) e colheita de biópsias. O estudo histopatológico recorre a marcadores imunohistoquímicos mesoteliais (calretinina, WT1, D2-40) e negativos para carcinoma, sendo a perda de BAP1 e a deleção de CDKN2A auxiliares úteis.

De acordo com as guidelines atuais, o tratamento de eleição em doentes selecionados é a cirurgia citorredutora com quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (CRS + HIPEC), realizada em centros especializados. Nos casos irressecáveis ou recidivas, a terapêutica inclui quimioterapia à base de platina e pemetrexado, associada ou não a bevacizumab, e, mais recentemente, imunoterapia com nivolumab e ipilimumab.

O prognóstico depende da abordagem terapêutica: a sobrevivência mediana é de cerca de 12 meses sem tratamento, 13–15 meses com quimioterapia sistémica e pode atingir 30–60 meses após CRS + HIPEC em doentes selecionados, com taxas de sobrevivência a cinco anos próximas de 40–50%.

Descrição do caso clínico: Doente do sexo masculino, 46 anos, com antecedentes pessoais de hérnia do hiato, patologia hemorroidária e disfunção diastólica do ventrículo esquerdo. Hábitos tabágicos mantidos e exposição laboral a químicos. Medicação habitual com diurético.

Recorreu ao serviço de urgência, em Setembro de 2023, por queixas de dor abdominal difusa, distensão progressiva e perda ponderal nas últimas 5 semanas. Ao exame objetivo apresentava ascite moderada e dor difusa à palpação abdominal.

Neste contexto foi internado para estudo etiológico de ascite de novo. Foi realizada TC abdomino-pélvica com contraste, que evidenciou espessamento difuso do

peritoneu e múltiplos nódulos peritoneais, sugestivos de carcinomatose peritoneal. O estudo complementar incluiu laparoscopia diagnóstica, com avaliação do índice de carcinomatose peritoneal (PCI) e colheita de biópsias.

O exame histopatológico revelou neoplasia maligna com padrão epitelióide, com Calretinina+; WT-1+; Podoplanina+; Citqueratina 7+ (focal); Citoqueratina 20-; CDX-2-; p40-; TTF-1-; Hepar-1- e NKX3-. Ki-67:10% confirmando o diagnóstico de mesotelioma peritoneal epitelial. Foi ainda demonstrada perda de expressão nuclear de BAP1, reforçando o diagnóstico.

Doente foi encaminhado, no início de 2024, à consulta de Oncologia, com ECOG 0. O caso foi discutido em reunião multidisciplinar, atendendo ao subtipo epitelial, bom estado funcional do doente e PCI favorável, foi proposto para imunoterapia, com ipilimumab e nivolumab, tendo em conta os resultados do Check-Mate 743, que iniciou em Maio de 2024 após aprovação em CFT. Excelente tolerância à terapêutica, no entanto com necessidade de paracenteses evacuadoras frequentes para controlo sintomático, por ascite de grande volume. Reavaliação imagiológica por TC abdomino-pélvica, em Janeiro de 2025, a demonstrar doença estável e circunscrita à região peritoneal, traduzindo boa resposta à imunoterapia. Foi observado em consulta de cirurgia, em centro de referência, e proposto para Peritonectomia + HIPEC. Enquanto aguardava tratamento cirúrgico, foi suspensa imunoterapia em Maio 2025. Intervencionado em Setembro de 2025.

Conclusão: O mesotelioma peritoneal epitelial continua a representar um desafio diagnóstico e terapêutico, dada a sua raridade e a apresentação clínica inespecífica. O caso descrito demonstra a importância da abordagem multidisciplinar e do recurso a biomarcadores imunohistoquímicos no diagnóstico correto.

A introdução da imunoterapia, nomeadamente a combinação de ipilimumab e nivolumab, constitui uma opção válida na doença irressecável, suportada pela evidência científica mais recente e já integrada nas recomendações da NCCN. Neste caso, a imunoterapia permitiu estabilizar a doença e manter o doente em condições clínicas adequadas para posterior abordagem cirúrgica.

Este percurso terapêutico realça a relevância da imunoterapia não apenas como alternativa em doença avançada, mas também como ponte para cirurgia citorredutora e HIPEC em doentes selecionados. Assim, reforça-se a necessidade de referência precoce para centros especializados, de forma a garantir estratégias individualizadas que potenciem a sobrevivência e a qualidade de vida destes doentes.

CIRURGIA HEPÁTICA NO CARCINOMA HEPATOCELULAR: EXPERIÊNCIA INICIAL DE UM CENTRO

*Clara Leal; Nádia Tenreiro; André Marçal;
Tiago Pinto Castro; Fernando Próspero Luís*

Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: O carcinoma hepatocelular (CHC) é a neoplasia maligna hepática mais frequente, com incidência crescente a nível global, sendo o quinto cancro mais diagnosticado em 2020. Na nossa instituição, um hospital terciário com 400 camas, tem-se verificado um aumento da procura por cirurgia oncológica hepática nos últimos anos. Em colaboração com uma clínica de hepatologia já existente, foi criada em 2020 uma unidade de cirurgia hepatobiliopancreática (HBP).

Objetivos: O objetivo deste estudo foi analisar os resultados iniciais de doentes submetidos a cirurgia hepática por CHC na nossa instituição.

Materiais e Métodos: Estudo retrospectivo que incluiu todos os doentes submetidos a cirurgia hepática por CHC confirmado ou suspeito, entre janeiro de 2020 e dezembro de 2022. Os dados foram recolhidos a partir do processo clínico informatizado, incluindo estratificação da doença hepática, textbook outcomes e variáveis oncológicas. Foi realizada análise estatística descritiva, assumindo distribuição não normal, e curvas de sobrevivência pelo método Kaplan-Meier, utilizando o SPSS®.

Resultados: Foram incluídos 37 doentes, dos quais 36 apresentavam cirrose hepática, com uma mediana do score MELD pré-operatório de 9 pontos. Realizaram-se 30% de ressecções anatómicas e 26% de cirurgias laparoscópicas, com uma mediana de internamento hospitalar de 6 dias. A maioria dos doentes foi classificada com CHC nos estadios AJCC 1 e BCLC A. Registaram-se duas complicações pós-operatórias clinicamente significativas (fístula biliar), dois casos de descompensação de cirrose e duas ressecções R1. Verificaram-se seis readmissões nos 90 dias subsequentes à alta e não houve mortalidade nesse período.

Discussão/Conclusões: Os resultados iniciais sugerem que a cirurgia hepática pode ser realizada com segurança em hospitais de menor dimensão, em casos selecionados, desde que exista uma equipa multidisciplinar disponível. De forma geral, a maioria dos doentes apresentou resultados positivos. Apesar de um pequeno número ter desenvolvido complicações, estas foram prontamente e eficazmente abordadas, minimizando o impacto no prognóstico global.



SEQUENCIAÇÃO TERAPÊUTICA NO CANCRO DO RETO METASTÁTICO - A PROPÓSITO DE UM CASO

*Gregória Maria Baió; Inês Dunões; Inês Rocha T. Bastos;
Alicia Oliveira; Rui Dinis*

Unidade Local de Saúde do Alentejo Central

Introdução: O cancro colorretal é o terceiro cancro mais frequente e, a segunda causa de morte por cancro a nível mundial. 15-30% dos pacientes são inicialmente diagnosticados com metástases. O consumo de álcool, tabagismo, obesidade, sedentarismo e os hábitos alimentares explicam o aumento da incidência, sobretudo em Portugal, onde representa o cancro mais frequente.

Caso clínico: Homem, 52 anos de idade, ECOG PS 0, com antecedentes pessoais de dislipidemia, tabagismo e consumo moderado de álcool e, antecedentes familiares de neoplasia cólon em idade avançada. Em contexto de retorragias e diarreia com 3 anos de evolução, diagnosticado em Março de 2022 com adenocarcinoma do recto baixo KRAS mutato cT3N3M1 a nível hepático, lesão única 3 cm. Após, discussão multidisciplinar iniciada quimioterapia esquema FOLFOX + bevacizumab com intuito citorredutor para posterior metastasectomia seguida de quimiorradioterapia e cirurgia do tumor primário.

Por progressão a nível hepático, pulmonar e ganglionar prosseguiu para linhas subsequentes com intuito paliativo, FOLFIRI + bevacizumab seguido de Trifluridina/Tipiracilo + bevacizumab. A rápida progressão às linhas terapêuticas motivou a reavaliação do status mutacional por biópsia líquida que revelou, KRAS, NRAS e BRAF wildtype. Assim, em Setembro de 2023 após progressão iniciou FOLFOX + cetuximab em 4ª linha terapêutica até Maio 2024, seguido de FOLFIRI + cetuximab.

Todas as linhas terapêuticas foram bem toleradas com toxicidade menor, destaca-se apenas rash acneiforme da face e do pescoço grau 3 sob cetuximab tratado com minociclina, posteriormente mantido profilaticamente. Em Junho de 2024, por retorragia com necessidade transfusional submetido a radioterapia paliativa.

Tendo em conta linhas terapêuticas prévias e manutenção do performance status basal, em Outubro de 2024, após discussão multidisciplinar, foi proposto para 6ª linha com fruquintinib ao abrigo do programa de acesso precoce. Durante o 1º ciclo, internamento por abcesso perianal com necessidade de antibiótica e realização de colostomia derivativa por fístulas e proctalgia. Posteriormente retomado fruquintinib, tendo realizado 3 ciclos, tendo falecido em Fevereiro de 2025 por complicações relacionadas com a doença.

Conclusão: O diagnóstico em idade mais jovens e em estadios mais avançados é cada vez mais frequentes pelo que, a recente e contínua evolução na sequenciação terapêutica constituem uma mudança de paradigma no tratamento destes pacientes. A determinação do

status mutacional KRAS, NRAS e BRAF é crucial para personalização terapêutica. O presente caso, enaltece também a relevância de reavaliação do status mutacional por biópsia líquida de forma a ultrapassar mecanismos de resistência adquiridos.



RESSEÇÃO DE DOENÇA OLIGOMETASTÁTICA NO CANCRO GÁSTRICO: UMA PERSPECTIVA CIRÚRGICA

Rita Loureiro Melo; Beatriz Neves; Rosa Matias;
Carlos Martina; Sandra Carvalho; Amara Ibrahim

Hospital de Cascais

Introdução: O adenocarcinoma gástrico em estadio precoce submetidos a resseção oncológica apresenta bom prognóstico, com taxas de sobrevivência superiores a 90% aos 5 anos. A recidiva tardia após resseção curativa é rara, sobretudo em doentes em estadio I que não cumprem critérios para tratamentos adjuvantes. A decisão da resseção da recidiva oncológica é controversa e o seguimento destes doentes não está definido nas guidelines.

Objetivo

Apresenta-se o caso de um doente submetido a gastrectomia total em 2014, que em 2024 desenvolveu uma massa retroperitoneal posteriormente confirmada como metástase ganglionar de adenocarcinoma gástrico.

Resultado: Doente do sexo masculino, 72 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, síndrome de apneia obstrutiva do sono e hiperplasia benigna da próstata. Em 2014 foi diagnosticado com adenocarcinoma gástrico, do tipo intestinal, G3, T1aNO, sem evidência de metastização à distância; foi realizada gastrectomia total e linfadenectomia D2; a análise anatomopatológico da peça operatória revelou T1bNO (0/22 gânglios), estadio I.

Após 10 anos, achado imagiológico de nódulo 34mm localizado posteriormente à anastomose esojunal e junto ao bordo superior do pâncreas. Realizou endoscopia digestiva alta que não mostrou alterações e biópsia por ecoendoscopia que foi inconclusiva. Completou o estudo ainda com ressonância magnética abdominal que sugeriu adenoma suprarrenal exófito e tomografia por emissão de positrões com FDG que revelou hipermetabolismo significativo (SUV 12,7). Em reunião multidisciplinar foi decidido pela resseção cirúrgica. Sob anestesia geral, procedeu-se a laparotomia mediana, exploração da cavidade abdominal sem evidência de carcinomatose ou metástases hepáticas; excisão do nódulo localizado posteriormente à anastomose esojunal e no bordo superior do pâncreas; intercorrecias: abertura do topo da “bengala” da anastomose esojunal e laceração na transição corpo/cauda do pâncreas. O pós-operatório foi complicado de fistula pancreática tipo B, controlada com drenagem e antibioterapia dirigida. O doente evoluiu favoravelmente, tendo transitado para hospitalização domiciliária no 13.º dia pós-operatório. O dreno foi removido ao 25.º dia e a TC de controlo ao 28.º dia mostrou resolução completa da coleção.

O exame histopatológico revelou tratar-se de gânglio linfático invadido por metástase de adenocarcinoma de provável origem gastrica. O caso foi discutido em reunião

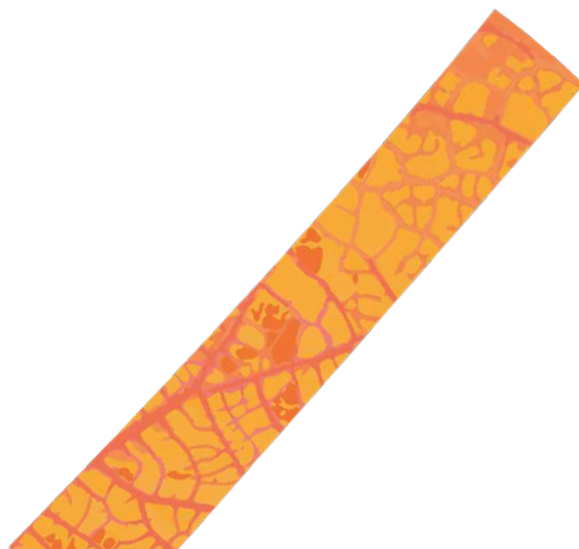
multidisciplinar tendo-se decidido vigilância clínica e imagiológica.

Discussão: A recidiva metastática tardia após gastrectomia por carcinoma gástrico precoce é rara, sobretudo em doentes sem envolvimento ganglionar inicial. A maioria das recidivas ocorre nos primeiros cinco anos, sendo pouco frequente o reaparecimento após uma década. Este caso ilustra os desafios diagnósticos associados ao diagnóstico diferencial.

Do ponto de vista cirúrgico, a proximidade anatómica da lesão ao pâncreas e ao tubo digestivo determinou complicações significativas, como fístula pancreática mas permitiu a resseção de doença oligometastática num doente com uma recidiva tardia. Apesar disso, a evolução clínica foi favorável, com resolução da complicação e recuperação completa.

Este caso reforça a importância das reuniões multidisciplinares na avaliação de situações complexas e demonstra que, mesmo em contexto de carcinoma gástrico precoce tratado com intenção curativa, a recidiva tardia é uma possibilidade clínica real.

Conclusões: A recidiva metastática tardia do carcinoma gástrico, embora rara, deve ser considerada no diagnóstico diferencial de massas retroperitoneais em doentes submetidos a gastrectomia em contexto oncológico. Este caso exemplifica a dificuldade diagnóstica na documentação de uma recidiva tardia e o papel da cirurgia no tratamento da doença oligometastática no cancro gástrico.



DEFINITIVE CHEMORADIOTHERAPY FOR INTRAHEPATIC CHOLANGIOCARCINOMA: WHEN SURGERY IS NOT AN OPTION

Carla Lopes, Kayla Pereira, André Figueiredo,
Maria Filomena de Pina.

Serviço de Radioterapia ULSSM

Introduction: Intrahepatic cholangiocarcinoma (iCCA) is an aggressive malignancy often diagnosed at unresectable stages, with limited therapeutic options and poor prognosis. Surgical resection remains the only potentially curative approach, but most patients are not candidates. Advances in external-beam radiotherapy (EBRT)—particularly intensity-modulated radiotherapy (IMRT) with daily image guidance (IGRT)—have broadened non-surgical options by enabling conformal target coverage and organ-at-risk sparing. While stereotactic body radiotherapy (SBRT) with ablative dosing (BED₁₀ ≥80 Gy) can yield excellent local control, dose escalation is frequently constrained by central anatomy, biliary instrumentation, and hepatic reserve. In this context, definitive EBRT, with or without concurrent chemotherapy, may achieve durable disease control with favorable tolerance. In the present case, definitive chemoradiotherapy (IMRT with daily IGRT plus concurrent systemic therapy) was delivered in an elderly non-surgical candidate.

Objectives: To present a case of unresectable iCCA managed with definitive chemoradiotherapy, emphasizing treatment feasibility, toxicity profile, and radiologic/biochemical disease control.

Material and Methods: An 86-year-old woman presented with obstructive jaundice and cholangitis. ERCP revealed an infra-hilar stricture, and a covered metal biliary stent was placed. Cross-sectional imaging confirmed localized biliary tract malignancy without distant metastases. Following multidisciplinary discussion, surgery was not recommended and definitive chemoradiotherapy was proposed. From July to September 2023, IMRT with daily IGRT delivered 45 Gy in 25 fractions to the primary lesion and regional nodes, followed by a sequential boost of 9 Gy in 5 fractions to gross disease (total 54 Gy/30 fx; BED₁₀ ≈ 64 Gy), with concurrent chemotherapy. Planning emphasized conformal target coverage and sparing of the central biliary tree and stent.

Results: Treatment was completed without interruptions. Toxicities were limited to grade 1–2 fatigue and diarrhea, with no grade ≥3 events. Serial CT scans (January 2024, December 2024, June 2025) showed radiologic stability without intrahepatic biliary dilatation or nodal/visceral metastases. Tumor markers normalized: CA 19-9 declined from 106 U/mL (elevated during cholestasis) to 15 U/mL, while CEA remained within normal limits. Clinically, the patient remained jaundice-free with stable weight (~50–52.6 kg). At the last follow-up in September 2025—approximately 24 months after completing radiotherapy—there was no radiologic or biochemical evidence of progression.

Discussion: Although ablative RT regimens are associated with improved local control, they are often precluded in central iCCA due to proximity to the biliary tree and stenting. In elderly and comorbid patients, treatment intensity must also be balanced against tolerability. In this case, a pragmatic non-ablative regimen with concurrent chemotherapy provided durable local and biochemical disease control with excellent tolerability. The patient's ongoing disease control at September 2025 (~24 months post-RT), at the age of 87, exceeds median overall survival reported in contemporary non-ablative EBRT series (~18–20 months), supporting the clinical value of individualized conformal EBRT when ablative dosing is not technically safe."

Conclusions: Definitive chemoradiotherapy—IMRT with daily IGRT (54 Gy/30 fx) plus concurrent chemotherapy—achieved sustained clinical, radiologic, and biochemical stability without grade ≥3 toxicity in an elderly patient with unresectable, centrally located intrahepatic cholangiocarcinoma. As of September 2025 (~24 months post-treatment), there was no evidence of progression. This case supports individualized, conformal EBRT with concurrent systemic therapy as a feasible and effective option when ablative dosing is not technically safe.



QUANDO A FEBRE DENUNCIA O INESPERADO: CANCRO COLORRETAL NO PÓS-PARTO

Tiago Ribeiro Narciso; Joana Morais; Ana Coutinho Santos

Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

Introdução: O cancro colorretal é uma das principais causas de mortalidade oncológica, mas a sua apresentação clínica é frequentemente insidiosa. As manifestações iniciais mais comuns incluem alterações do trânsito intestinal, perda ponderal e anemia. A apresentação sob a forma de febre persistente no pós-parto é excecional e representa um desafio diagnóstico, dado o contexto obstétrico e a necessidade prioritária de excluir causas infecciosas.

Objetivos: Apresentar um caso clínico raro em que a febre no pós-parto constituiu o primeiro sinal de cancro do cólon sigmoide metastático, destacando o papel crucial da imagiologia na identificação da lesão primária e na avaliação da extensão metastática.

Material e métodos: Foi realizada análise clínica e imagiológica retrospectiva de uma doente do sexo feminino, 40 anos, internada no pós-parto imediato por febre persistente e refratária a terapêutica antibiótica. A investigação incluiu exames laboratoriais, angio-TC abdomino-pélvica, TC torácica e, posteriormente, RM abdominal e colonoscopia.

Resultados: A doente apresentava febre persistente no pós-parto, sem sintomas constitucionais ou gastrointestinais significativos prévios. A investigação infecciosa foi negativa. Os estudos imagiológicos revelaram:

- **Fígado** com dimensões aumentadas (28,9 cm) e múltiplas lesões heterogéneas, algumas de grandes dimensões (até 17,8 x 13,6 cm) e, com necrose central, colocando-se entre as hipóteses diagnósticas a de metastização hepática extensa.
- **Colon sigmoide** com espessamento circunferencial, sem plano de clivagem, com uma lesão sólida adjacente com 19 x 15 mm e retração da gordura envolvente, aspetos suspeitos de neoplasia primária.
- **Peritoneu** com nódulos sólidos, irregulares e hipercaptantes na gordura do mesossigmoide, sugestivos de implantes metastáticos.
- **Tórax** sem metástases pulmonares evidentes, apenas alterações inespecíficas peribrônquicas.

A colonoscopia confirmou os achados imagiológicos e o estudo anatomopatológico revelou adenocarcinoma do cólon sigmoide, com metastização hepática e peritoneal.

Discussão: Este caso ilustra uma apresentação atípica de carcinoma colorretal: febre persistente no

pós-parto, sem sintomas intestinais de relevo. A febre pode ser explicada por necrose tumoral nas massas hepáticas volumosas ou pela resposta inflamatória sistémica associada à elevada carga metastática. A imagiologia teve um papel determinante, não apenas na exclusão de complicações obstétricas e infecciosas, mas também na revelação de uma doença oncológica avançada através da deteção da extensão hepática maciça, dos implantes peritoneais e da suspeita da lesão primitiva cólica, fornecendo dados essenciais para o estadiamento e a decisão terapêutica. Do ponto de vista oncológico, o caso evidencia a agressividade de um adenocarcinoma colorretal diagnosticado em idade jovem e em contexto obstétrico recente, sublinhando a importância da suspeição clínica perante manifestações atípicas.

Conclusões: A febre no pós-parto é, na maioria dos casos, de causa infecciosa, mas a ausência de resposta terapêutica deve levantar a hipótese de diagnósticos alternativos, incluindo doença oncológica. Sublinha-se a necessidade de manter um diagnóstico diferencial alargado em contexto obstétrico e de considerar a doença oncológica como possível etiologia em casos de febre inexplicada.



**PADRÃO METASTÁTICO INVULGAR
NO CARCINOMA GÁSTRICO DIFUSO:
RELATO DE CASO**

*Patrícia Lima; Joana N. Santos; Beatriz Castanheira;
Mariana Santiago; J. Guilherme Gonçalves-Nobre; João de
Brito; M. Júlia Nunes Rosado; Hélder Mansinho*

Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal

O carcinoma gástrico continua a ser uma das principais causas de mortalidade oncológica a nível mundial, apresentando elevada heterogeneidade biológica e prognóstico reservado, sobretudo no subtipo difuso, de células pouco coesas. A literatura recomenda avaliação sistemática de biomarcadores para definição terapêutica, bem como quimioterapia peri-operatória em doença localmente avançada, dado o risco significativo de recidiva após cirurgia. Padrões metastáticos atípicos (incluindo recidiva na mucosa do colón) são raros e mal caracterizados, representando um importante desafio clínico.

Homem, 69 anos, ECOG PS 0 e sem antecedentes pessoais de relevo. Em 2023, diagnosticado com carcinoma gástrico de células pouco coesas (tipo difuso da classificação de Lauren) (T3N2M0, PD-L1 negativo, HER 2 negativo). Realizou FLOT pré-operatório, posteriormente submetido a gastrectomia total (ypT4a, ypN3a, ypM1, R1) e FLOT pós-operatório. Após conclusão de quimioterapia, realizou TAC toracoabdominopélvica de reavaliação que negou evidência de recidiva local, regional ou à distância. Ao fim de nove meses de vigilância, realizou nova TAC toracoabdominopélvica com achados de ligeiro espessamento parietal circunferencial do cego, ascite de volume importante, com provável lesão peritoneal em topografia anterior e mediana. Realizou biópsia por colonoscopia com resultado anatomopatológico compatível com metastização intestinal de neoplasia com origem primitiva gástrica. Instituída quimioterapia com o regime FOLFOX, até à data conta com dois ciclos cumpridos com perfil de tolerância positivo.

Este caso ilustra a evolução agressiva e padrão metastático raro da neoplasia descrita, salientando a necessidade de vigilância apertada e reavaliação multidisciplinar.



TRATAMENTO NEOADJUVANTE DO ADENOCARCINOMA DO ESÓFAGO: SERÃO OS ENSAIOS RECENTES REPLICÁVEIS NOS DOENTES PORTUGUESES?

Paulo Oliva Teles; Bruno Moura Fernandes; Leonor Santos Martins; Sofia Semedo; Ana Carolina Bessa; Diogo Miguel Lopes; Edgar Pratas; António Silva; Margarida Borrego

Unidade Local de Saúde de Coimbra

Introdução: O tratamento dos adenocarcinomas do esófago é frequentemente controverso dada a escassez de ensaios fase 3 robustos. Desde a introdução do protocolo CROSS, da implementação de imunoterapia adjuvante (Checkmate-577) até à publicação do estudo ESOPEC, o paradigma de como os doentes são abordados sofreu grandes alterações.

Objetivos: Comparar os outcomes no adenocarcinoma do esófago, estágio II-III, submetidos a tratamento neoadjuvante (NA) de um centro terciário com os resultados dos estudos CROSS (C), ESOPEC braço FLOT (EbF) e ESOPEC braço CROSS (EbC).

Material e métodos: Análise retrospectiva dos doentes com diagnóstico de adenocarcinoma do esófago localmente avançado, não metastizado, submetidos a radioterapia externa (41,4Gy/23 frações) concomitante com quimioterapia (QT) NA (Carboplatina + Paclitaxel), entre 01/2016 e 01/2025. Análise univariada demográfica da população, do tumor e análise multivariada, nomeadamente, correlação da resposta clínica e patológica (pCR) com a sobrevivência global (SG), livre de doença (SLD), específica de doença (SED), livre de doença locorregional (SLDLR) e livre de metastização (SLM). As análises de sobrevivência foram realizadas pelo método de Kaplan-Meier ($\alpha=0,05$), usando *IBM Statistics v.30.0.0.0*.

Resultados: Foram avaliados 34 doentes com idade mediana de 67 anos (35-84), 88.2% do sexo masculino. O estadiamento foi realizado por PET -CT 18F-FDG e TC-TAP, observando-se cT3 em 93.9% dos casos (sendo os restantes cT2) e 54.5% cN0. Localizados ao esófago inferior e junção gastroesofágica (*Siewert I* exclusivamente) 94.1%. Dos 34 doentes, 29 realizaram cirurgia, 4 doentes excluídos por agravamento do estado geral, 1 por recusa.

A taxa de pCR foi 20.7%, a taxa de ressecção R0 foi 97%, a resposta tumoral completa (ypT0) foi 24.1%, ypT1 em 24.1%, ypT2 em 20.7%, ypT3 em 27.6% e ypT4 em 3.4%. Apresentaram resposta ganglionar completa (ypN0) 86.2% dos doentes.

A taxa de suspensão de QT foi 6% (2 doentes). 26.5% não realizaram QT planeada. Registou-se toxicidade hematológica $\geq G3$ em 20,6% dos doentes.

Observou-se uma taxa 37,9% de complicações pós-cirúrgicas: 20,7% de infeções respiratórias, 10,3% de deiscência da anastomose/fístula e 6,9% de sépsis/abscesso.

Não houve mortalidade pós-operatória aos 30 dias. 31% realizaram Nivolumab adjuvante.

Verificámos SG, SLD e SED medianas de 33, 24 e 48 meses, e SLDLR e SLM médias de 48 e 49 meses, respetivamente. Aos 3 anos a SG, SLD, SED, SLDLR e SLM foi de 48,1%, 42.6%, 70%, 53.5% e 56.4%, respetivamente. Aos 5 anos a SG foi de 30,5% e a SED de 44.5%.

Discussão: A interpretação dos resultados institucionais em comparação com os ensaios ESOPEC ou CROSS exige precaução. A heterogeneidade dos doentes, protocolos terapêuticos, qualidade dos dados e seguimento pode influenciar as comparações.

Uma comparação direta com o estudo ESOPEC, revela uma maior prevalência, na nossa amostra, de cT3 e cN0, embora sem a inclusão de tumores *Siewert II* ou *III* (que representavam cerca de 30% dos casos em ambos os braços).

Em relação à taxa de pCR, obtivemos o dobro do EbC (10.1%) e superior ao EbF (16.7%) e comparável aos 23% no C. A taxa de ressecção R0 foi ligeiramente superior a ambos os estudos (C 92% e ESOPEC cerca de 95%). ypT0, ypT1 e ypT2 foi superior a ambos os braços do estudo ESOPEC, enquanto ypT3 foi francamente menor (EbC 50.8% e EbF 48.4%). O resultado ganglionar ypN0 foi superior à do C (69%), EbC (54.7%) e EbF (50.5%).

Obtivemos menor toxicidade hematológica $\geq G3$ (20,6% vs. 50% EbC vs. 58% EbF vs. <7% C), exceto quando comparado com o estudo CROSS. A mortalidade pós-operatória aos 30 foi comparável com os estudos CROSS e ESOPEC.

A taxa de interrupção de quimioterapia (QT) foi menor ou sobreponível ao C (8%), EbC (7%) e EbF (6%).

Em termos de SG, o estudo C apresentou uma mediana de 43,2 e uma SG a 3 e 5 anos de 39.6% e 13.4%, respetivamente. O estudo ESOPEC revelou SG mediana de 66 meses (EbF) e 37 meses (EbC), com SG a 3 e 5 anos de 57.4% e 50.7%, no EbF, e 50.7% e 38.7% no EbC.

As taxas de sobrevivências no nosso centro são superiores ao estudo C embora com sobrevivências medianas inferiores. Há uma aproximação aos resultados do EbC, mantendo uma relevante inferioridade em relação ao EbF. Esta melhoria face ao C pode ser, em parte, justificada pela introdução de Nivolumab adjuvante em casos que não obtiveram pCR, desde 2022. Esta SG mediana limita a comparação direta entre os resultados da nossa instituição e a literatura. De ressaltar a dimensão limitada da nossa amostra.

Conclusão: Os nossos resultados sugerem um desempenho clínico robusto da radioquimioterapia neoadjuvante, com taxa de resposta patológica completa e menor toxicidade em relação ao estudo ESOPEC. É importante comparar os resultados do EbF com o prévio *standard-of-care* a fim de aferir qual a estratégia mais benéfica.

CARCINOMA MEDULAR DO CÓLON: CASUÍSTICA DE UM CENTRO PORTUGUÊS

Marco Aurélio Correia; Teresa Alexandre; Isália Miguel; Ana Luís; Isadora Rosa; Daniela Pereira; Ricardo Fonseca; Mafalda Baleiras; Manuel Limbert; Miguel Braga; Fátima Vaz

Instituto Português de Oncologia Lisboa

Introdução: O carcinoma medular do cólon (CMC) representa menos de 1% dos diagnósticos de carcinoma colorretal (CCR), sendo um subtipo histológico fortemente associado a instabilidade microssatélite. A literatura sugere um prognóstico mais favorável que os outros subtipos histológicos de CCR.

Objetivos: Caracterização e análise descritiva dos dados da população de doentes com CMC tratados numa instituição nos últimos 10 anos.

Material e métodos: Estudo observacional, retrospectivo.

Resultados: Foram identificados 9 doentes com CCM, com mediana de idade ao diagnóstico de 78 anos (62 a 89 anos). Quatro doentes do sexo feminino. Localização do tumor primário: 6 doentes no cólon direito, 2 no cego e outro no ângulo esplénico do cólon. Apresentação ao diagnóstico: 3 doentes com massa abdominal nos quadrantes direitos, 2 doentes com pesquisa de sangue oculto fecal positiva, 1 doente após apendicectomia, 1 com anemia ferropénica, 1 com hematoquezias e 1 com sintomatologia constitucional. Todos os doentes apresentaram doença localizada. Oito doentes realizaram hemicolectomia direita e 1 doente realizou hemicolectomia esquerda. Estadiamento patológico: 5 doentes com estadiamento III (T4aN0; T4bN1a; T4N2b; T3N1a e T3N2a) e 4 doentes com estadiamento II (T3N0, T3N0, T4N0 e T4bN0). Cinco doentes tinham disseminação ganglionar. O perfil imunofenotípico revelou perda de expressão de MLH1 e PMS2 em 7 doentes, perda de expressão apenas de MSH6 em 1 doente e 1 doente com perda de expressão apenas de MLH1. Cinco doentes apresentaram variante patogénica V600E BRAF. Três doentes apresentaram invasão linfovascular e três doentes apresentaram invasão perineural. A cirurgia de um dos doentes com tumor do cego foi considerada incompleta (R2) por doença extensa com invasão dos vasos ilíacos. Este doente faleceu por progressão de doença 17 dias após cirurgia. Três doentes com estadiamento III não realizaram QT adjuvante, dois por idade avançada (89 e 80 anos) e outro por progressão de doença (PD). Três doentes com estadiamento III realizaram quimioterapia adjuvante, dois destes cumpriram 4 ciclos de capecitabina e oxaliplatina e o outro doente já fez 3 ciclos e está proposto para o 4º ciclo. A mediana de follow up foi de ~5 meses. Registaram-se 4 óbitos, um por progressão de doença (PD) e 3 óbitos em contexto pós-operatório (17, 7 e 19 dias, respetivamente, o primeiro por PD e o segundo e terceiro doentes faleceram após alta hospitalar, sendo que um destes apresentava um tumor localmente avançado com invasão da parede abdominal). À data atual, 5 doentes estão em vigilância clínica, sem evidência de doença. A mediana de sobrevivência da amostra foi de ~5 meses.



FLOT PERIOPERATÓRIO NO ADENOCARCINOMA DA JUNÇÃO ESÓFAGO-GÁSTRICA - EXPERIÊNCIA INSTITUCIONAL

Patrícia Albuquerque; Alice Marques; Sara Teodoro; Edgar Pratas; Sara Pinheiro; Joana Rodrigues; Cristina Pissarro; Judy Paulo; Leonor Pinto; Anabela Barros; Paula Jacinto

Unidade Local de Saúde de Coimbra

Introdução: O adenocarcinoma (ADC) da junção esófago-gástrica (JEG) apresenta prognóstico reservado em estádios localmente avançados com taxas de sobrevivência aos 5 anos entre 30 a 47%. O regime FLOT (5-FU, leucovorina, oxaliplatina e docetaxel) demonstrou superioridade face ao ECF/ECX no ensaio FLOT4, estabelecendo-se como padrão no tratamento perioperatório. Por outro lado, recentemente os resultados do ensaio ESOPEC parecem destacar a importância deste protocolo no contexto da JEG demonstrando superioridade em relação à quimiorradioterapia neoadjuvante, nomeadamente com taxa de pCR de 19,3% nos doentes com adenocarcinoma do esófago submetidos a FLOT.

Objetivos: Análise descritiva e de sobrevivência da população de doentes com adenocarcinoma da JEG localmente avançados ressecáveis submetidos a terapêutica com esquema FLOT com intuito perioperatório.

Métodos: Estudo retrospectivo, unicêntrico, incluindo doentes com diagnóstico de ADC ressecáveis da JEG (Siewert I-III) submetidos a esquema FLOT perioperatório entre junho de 2021 e maio de 2025. Análise univariada de dados demográficos, clínicos, características do tumor, estratégia cirúrgica, resposta anatomo-patológica, características da terapêutica, perfil de toxicidade (CTCAE v5.0) e análise de sobrevivência livre de progressão (SLP).

Resultados: Foram analisados 16 doentes com idade mediana de 68 anos (33-81), 75% dos doentes com ECOG performance status (PS) de 0 e 25% de 1. Os fatores de risco mais prevalentes incluíram obesidade (18,8%), excesso de peso (50%), tabagismo (62,5%) e alcoolismo (25%). A localização tumoral segundo a classificação de Siewert foi do tipo III em 50%, tipo II em 43,75% e tipo I em 6,25% dos doentes, predominando cT3-T4 (81%) e cN+ (62,5%). A avaliação anatomo-patológica revelou predominantemente ADCs (1 carcinoma invasor pouco diferenciado). Cerca de 44% dos doentes (n= 7) apresentavam características anatomo-patológicas associadas a mau prognóstico (3 com células pouco coesas, 3 mucinosos, 1 indiferenciado). 81% dos doentes foram submetidos a cirurgia de ressecção, 92% (n=12) com margens negativas (R0). Nos restantes três doentes foi identificada progressão peritoneal não detetada previamente na laparoscopia de estadiamento. A avaliação anatomo-patológica revelou ypT2-3 em 62,5% (n=10), ypN0 em 56,3% (n=9) e resposta patológica

completa em 12,5% (n=2). 33% dos doentes foram submetidos a cirurgia em <6 semanas após conclusão do FLOT. Predominaram as toxicidade de grau 2 e 3, destacando-se a neutropenia e a diarreia como principais eventos adversos responsáveis pelo adiamento de ciclos de tratamento. Todos os doentes realizaram os 4 ciclos em contexto neoadjuvante, e 61% concluíram os 4 ciclos de FLOT previstos a título adjuvante. A taxa de sobrevivência ao ano foi de 64%. A progressão peritoneal constituiu o padrão mais frequente de metastização.

Conclusão/Discussão: O FLOT perioperatório permitiu obter uma elevada taxa de ressecção cirúrgica R0, respostas patológicas e toxicidades comparáveis ao ensaio FLOT4. Apenas 61% dos doentes completaram toda a terapêutica planeada em concordância com a literatura. Considerando o braço relativo ao tratamento com FLOT do estudo ESOPEC os resultados parecem reproduzir-se nesta população ainda que a dimensão da nossa amostra constitua um fator limitante.



IMPACTO NUTRICIONAL NO PROGNÓSTICO ONCOLÓGICO DE DOENTES COM CANCRO DIGESTIVO – EXPERIÊNCIA DE UMA REGIÃO

Cláudia Viana; Joana Lopes; Sandra Felgueiras; Ivone Machado; Gabriela Câmara

Hospital Divino Espírito Santo Ponta Delgada

Introdução: A desnutrição é uma condição de elevada prevalência nos doentes oncológicos, que condiciona o prognóstico, limita a resposta aos tratamentos e afeta a qualidade de vida. Os tumores do trato gastrointestinal são considerados tumores de localização de alto risco nutricional, onde a incidência de desnutrição aumenta ao longo do curso da doença. A integração da nutrição no plano terapêutico não é apenas de suporte, mas uma estratégia ativa para otimizar resultados.

Objetivos: Classificar o risco nutricional de doente com cancro digestivo em tratamento ativo e avaliar a sua associação com:

- Perda ponderal após três e seis meses;
- Mortalidade em um ano.

Material e Métodos: Foi realizado um estudo prospetivo com os doentes em tratamento ambulatorio no hospital de dia, com cancro digestivo, no período de um ano. A avaliação do risco nutricional, foi realizada através da ferramenta MUST. A análise estatística dos dados foi realizada no software IBM SPSS.

Resultados: Foram avaliados 45 doentes, 62% do sexo feminino e 38% do sexo masculino. A mediana de idade foi de 63 anos. Em relação à localização do tumor, os dois tipos mais prevalentes foram tumores gástricos (44%) e colorretais (26%). Dos doentes avaliados, 12 cumpriram com tratamento com intuito curativo e 33 com intuito paliativo.

Pelo score de MUST, 53% (n=24) dos doentes apresentavam um elevado risco nutricional, 16% (n=7) um médio risco e 31% (n=14) um baixo risco. Foi calculado o índice de massa corporal (IMC) dos doentes observados, na primeira abordagem, e sabemos que a mediana da população observada foi de 24,5. O grupo de doentes observados apresentou um IMC mínimo de 17,2 e um máximo de 35,3.

Foi registada a perda ponderal aos três e seis meses. Aos três meses a mediana de perda ponderal foi de 4,8% e aos seis meses de 7,8%. Os doentes do sexo masculino apresentaram maior perda ponderal aos 6 meses em relação às doentes do sexo feminino (8,1% vs 5,5%). A maior perda ponderal registada ocorreu num doente do sexo masculino, com diagnostico de adenocarcinoma gástrico estágio IV, que aos três meses não apresentou qualquer perda ponderal e aos seis meses tem uma perda ponderal de 25,2 %. Os doentes com alto risco nutricional apresentaram uma maior perda ponderal aos

seis meses em comparação com os doentes com médio e baixo risco nutricional (11,4% vs 0%).

Durante os 12 meses de seguimento, a média de linhas terapêuticas realizadas pelo grupo de doentes observados, foi de duas linhas terapêuticas. Dos 45 doentes observados, 11 foram submetidos a tratamentos cirúrgicos.

Morreram 16 dos doentes em estudo. Das mortes registadas, 14 correspondiam a doentes com um score de MUST de alto risco, duas a um score MUST de baixo risco. Foi observada uma correlação positiva entre o score de MUST de alto risco e morte em um ano ($p<0.001$).

Registamos a necessidade de internamento por complicações na sua maioria derivadas do tratamento, durante esse período, e observamos que 82,4% dos doentes que morreram no período de um ano, tiveram pelo menos um internamento nesse período. Em relação aos restantes doentes (n=28), apenas 25% necessitaram de internamento hospitalar nesse mesmo período. Existe assim, uma correlação positiva entre necessidade de internamento por complicações e a morte em 12 meses ($p<0.001$).

Todos os doentes tinham referenciação e seguimento na consulta de nutrição oncológica, e a maioria dos doentes (50%) cumpria com suporte nutricional artificial ($p<0.001$).

Discussão: Revela-se assim importante identificar o risco nutricional através de ferramentas de rastreio, de forma a prevenir e tratar a desnutrição. A desnutrição oncológica está associada ao tipo e local do tumor, sendo os tumores de elevado risco nutricional como os digestivos que mais comprometem o estado nutricional. A desnutrição parece afetar negativamente a evolução dos doentes podendo reduzir a tolerância aos tratamentos e contribuir negativamente para a evolução clínica do doente

A perda ponderal parece agravar com o decorrer dos tratamentos, com uma perda ponderal superior aos seis meses nos doentes com alto risco nutricional, e todos os doentes eram seguidos em consulta de nutrição oncológica.

Conclusões: Pela nossa experiência, os doentes com um risco nutricional alto, tem uma maior probabilidade de apresentar complicações ao longo do tratamento e consequentemente um pior prognóstico a um ano com maior probabilidade de morte nesse intervalo de tempo. A educação para a nutrição é essencial para capacitar os doentes a compreender e adotar os ajustes implementados nas consultas de nutrição oncológica.

CANCRO DO ESÓFAGO: O PAPEL DA PET-CT 18F-FDG NA AVALIAÇÃO DA RESPOSTA À RADIOQUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE

Sofia Semedo; Paulo S. Oliva Teles; Leonor Santos Martins; Ana Carolina Bessa; Diogo Miguel Lopes; João Silva; Bruno Moura Fernandes; Inês Félix Pinto; Carolina Carvalho; Cristina Pissarro; Margarida Borrego

Unidade Local de Saúde de Coimbra

Introdução: O cancro do esófago (CE) é o 11º com maior incidência e o 7º em mortalidade a nível global. Nos doentes submetidos a radioquimioterapia neoadjuvante (nRQT), a PET-CT [18F]FDG (PET) é utilizada para estadiamento inicial e avaliação de resposta, com potencial utilidade no prognóstico. A presença de resposta patológica completa (pCR) está associada a uma maior sobrevivência global (SG) e sobrevivência livre de doença (SLD).

Objetivos: Avaliar o papel prognóstico da PET (SUVmax) na resposta à nRQT no CE e a sua correlação com a taxa de pCR.

Material e métodos: Incluídos doentes com CE não metastático, submetidos a nRQT, entre 01/2014 e 01/2025, que realizaram PET de estadiamento e de reavaliação (PETreav) após nRQT. Avaliada a resposta em PET e resposta patológica. As sobrevivências foram avaliadas pelo método de Kaplan-Meier. A resposta clínica foi relacionada com a SG, SLD, sobrevivência específica de doença (SED), sobrevivência livre de doença locorregional (SLDLR) e sobrevivência livre de metastização (SLM). Foi determinada a curva ROC (*receiver operating characteristic*) para avaliação de capacidade discriminativa do valor de SUVmax da PETreav e da redução relativa de SUVmax tumoral entre as duas PET, na predição de recorrência locorregional. O valor ótimo de *cut-off* foi obtido através do índice de Youden, com $\alpha=0.05$.

Resultados: Foram incluídos 108 doentes, com idade mediana de 65 anos (37-84 anos). Quanto à localização, 77.8% situavam-se no esófago torácico, a maioria destes no terço médio (32.4%), e 22.2% situavam-se na junção esófago-gástrica. Histologicamente, 68.5 % correspondiam a carcinomas epidermóides, 29.6% a adenocarcinomas e 1.9% a carcinomas indiferenciados. Relativamente ao estadiamento, 92.5% dos casos foram classificados como cT3 e 70.1% como cN+.

A nRQT consistiu em radioterapia externa, maioritariamente com a dose total de 41.4Gy/23Fr (78.7%), e quimioterapia concomitante com cisplatina+5FU (14.8%) ou carboplatina + paclitaxel (85.2%). O SUVmax tumoral mediano na PETreav foi de 4.45 (0.00 a 17.20). A redução mediana de SUVmax entre as duas PET, avaliada em 102 doentes, foi de 10.15 (-1.00 a 61.30). A redução relativa de SUVmax tumoral foi de 0.6778 (-0.11 a 1.00).

Foram submetidos a cirurgia 87 doentes (80.6%). O tempo mediano entre o final da nRQT e a PETreav foi de 6 semanas, e de 10 semanas até à cirurgia. Entre a PETreav e a cirurgia, o tempo mediano foi de 3.5 semanas.

No resultado histopatológico, 40.7% foram classificados como ypT0, 73.3% como ypN0, 85.4% com IVL0 e 97.7% com R0. Foi observada resposta metabólica completa (em PET) em 19.5%, e pCR em 31.0%. Em 8.0% dos doentes, foi observada resposta metabólica e patológica completa simultânea. Nos doentes com pCR que não tinham resposta completa em PET, 75.0% tinha um intervalo de tempo entre o final da nRQT e a PETreav inferior à mediana.

O follow-up mediano foi de 51 meses. Aos 36 meses, verificou-se uma SG 39.9%, SED 58.9%, SLD 45.3%, SLDLR 60.3% e SLM de 54.8%. Nos doentes com pCR, verificou-se uma SG 59.2%, SED 85.0%, SLD 69.4% ($p=0.046$), SLDLR 78.4% e SLM 69.6%.

A curva ROC para SUVmax na PETreav apresentou uma área abaixo da curva (AUC) de 0.681 ($p=0.003$), com *cut-off* de 3.75 (sensibilidade (S) 84.4% e especificidade (E) 52.1%). Foram obtidas diferenças estatisticamente significativas na SLDLR ($p<0.001$) e na SLD ($p=0.014$). Embora sem impacto na SED ($p=0.088$), SG ($p=0.086$) e SLM ($p=0.315$), os respectivos gráficos mostram também diferenças entre grupos.

Para a redução relativa de SUVmax tumoral, a curva ROC apresentou AUC 0.655 ($p=0.013$), com *cut-off* de 0.7492 (S 48.6% e E 83.9%), com impacto na SLDLR ($p=0.002$) e SLD ($p=0.031$).

Discussão: A realização de PET nos doentes com CE torna-se cada vez mais importante, não só no estadiamento e planeamento, mas também na avaliação de resposta ao tratamento neoadjuvante.

Na PETreav, para um *cut-off* de SUVmax <3.75 , foram obtidas diferenças estatisticamente significativas para a SLDLR e SLD, e diferenças consideráveis para a SED, SG e SLM. Relativamente à redução relativa do SUVmax tumoral, para um valor de *cut-off* >0.7492 , foi observado impacto na SLDLR e SLD.

Os nossos resultados não possibilitam inferir uma correlação entre a presença de resposta completa em PETreav com a pCR. No entanto, um número relevante de doentes realizou a PETreav numa fase precoce, o que pode contribuir para o enviesamento dos resultados. Além disso, outros fatores quantitativos da PET poderão ser confundidores.

Conclusões: A PET tem ganho importância na avaliação dos doentes após nRQT no CE. A resposta metabólica poderá ter algum valor preditivo, apesar da sua interpretação depender de vários fatores, nomeadamente o seu *timing* de realização. No entanto, será melhor recorrer a outros fatores quantitativos, além do SUVmax, para avaliar a probabilidade de pCR e o impacto prognóstico associado.

IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DA ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA NEOADJUVANTE TOTAL (TNT) EM DOENTES COM ADENOCARCINOMA DO RETO LOCALMENTE AVANÇADO - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Pedro Nunes; Maria Teresa Neves; Pedro Frazão; Helena Novo de Sousa; João Rio; João Pedro Ramos; Ana Martins

Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

Título: Impacto na qualidade de vida da estratégia Terapêutica Neoadjuvante Total (TNT) em doentes com adenocarcinoma do reto localmente avançado - experiência de um centro

Introdução: A estratégia de tratamento neoadjuvante total (TNT) representa atualmente um dos *standards of care* no tratamento do adenocarcinoma do reto localmente avançado. A abordagem TNT integra QRT e QT em contexto neoadjuvante e em regime de indução ou consolidação. Em comparação com o esquema clássico de quimiorradioterapia (QRT) neoadjuvante seguida de cirurgia e quimioterapia (QT) adjuvante, a abordagem TNT demonstrou não apenas melhoria na taxa de adesão à terapêutica, mas também benefício na taxa de resposta e de sobrevivência, possibilitando a preservação do órgão em determinados casos. Apesar destes avanços, continuam a ser escassos na literatura os estudos que avaliem de forma objetiva os índices de qualidade de vida nesta população de doentes.

Objetivos: O presente estudo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS), nas dimensões física, psicológica e social, em sobreviventes de adenocarcinoma do reto localmente avançado tratados com estratégia TNT.

Materiais e métodos: Estudo de coorte retrospectivo e unicêntrico, incluindo doentes com adenocarcinoma do reto localmente avançado submetidos a terapia neoadjuvante total (TNT), entre janeiro de 2024 e maio de 2025. Foram excluídos os doentes com recidiva de doença ou diagnóstico de segundo tumor no período em análise, bem como aqueles com incapacidade para responder ao questionário. A QVRS foi avaliada por contacto telefónico, através da aplicação dos questionários validados EORTC QLQ-C30 (genérico) e QLQ-C29 (específico para carcinoma colorretal).

Resultados: Dos 26 doentes elegíveis, 20 completaram os questionários e foram incluídos na análise final. Destes, 14 eram do sexo masculino, com idade mediana ao diagnóstico de 63 anos (45–83) e todos com PS ECOG entre 0 e 1. A maioria apresentava tumores do reto baixo (n=14) ou do reto médio (n=6). Todos realizaram QRT em conjunto com QT, administrada em regime de consolidação em 13 doentes e de indução em 7. Além disso, 13 foram submetidos a cirurgia. Houve 4 doentes a evidenciar resposta completa, tendo sido incorporados na estratégia *Watch and Wait*. O tempo mediano entre o final de TNT e a recolha de dados foi de 15,6 meses.

Relativamente à QVRS, nenhum doente referiu necessidade de ajuda para atividades básicas de vida diária, enquanto 10 doentes reportaram dor (3 abdominal ou anorretal), 3 obstipação, 4 diarreia, 6 sintomas depressivos e 2 incontinência urinária. Relativamente à função sexual, 12 (86%) homens referiram disfunção erétil, enquanto uma das mulheres reportou dispareunia associada a estenose vaginal pós-radioterapia.

Foram referidas alterações do trânsito gastro-intestinal em 5 dos 13 doentes submetidos a cirurgia (38% com incontinência fecal / extravasamento de fezes se colostomia), comparativamente com apenas 1 dos 7 doentes não operados (14%). Diferenças relevantes também foram observadas na função erétil: 8 dos 13 doentes submetidos a cirurgia referiu disfunção grave, contra nenhum no grupo não cirúrgico.

Do ponto de vista socioeconómico, 3 doentes reportaram impacto da doença e tratamento na vida familiar, 2 nas atividades sociais e 6 a nível financeiro. Esta última limitação foi mais frequente nos doentes submetidos a cirurgia.

Discussão: Os principais efeitos adversos relatados pelos doentes submetidos à estratégia TNT foram dor, sintomas depressivos, disfunção sexual e impacto financeiro, evidenciando a complexa e multidimensional repercussão dos tratamentos onco dirigidos na qualidade de vida dos doentes. Estes achados sublinham a necessidade de uma avaliação abrangente e contínua que transcenda os parâmetros clínicos tradicionais, integrando aspetos físicos, psicológicos e socioeconómicos.

Os dados indicam que a cirurgia associada ao protocolo TNT está correlacionada com agravamento significativo nos índices de qualidade de vida, particularmente no que diz respeito a complicações gastrointestinais e disfunção sexual, com impacto biopsicossocial relevante. Este padrão reforça a importância de considerar abordagens terapêuticas menos invasivas, como a vigilância ativa (*watch and wait*), para doentes com resposta completa ao tratamento, de modo a minimizar sequelas e preservar funções essenciais.

Importa ainda salientar que, apesar das queixas, a autonomia funcional básica dos doentes não parece ter sido comprometida pela terapêutica, o que é um dado positivo relativamente ao desempenho nas atividades diárias.

Conclusão: No grupo de doentes analisados a realização de TNT levou a um impacto multifacetado na QVRS, evidenciando sintomas físicos, psicológicos e sociais que afetam significativamente os sobreviventes, especialmente aqueles submetidos a cirurgia. A maior prevalência de disfunções sexuais, sintomas gastrointestinais e dificuldades financeiras no grupo cirúrgico reforça a importância de uma abordagem integrada e personalizada no seguimento destes doentes, considerando alternativas como a vigilância ativa em casos selecionados de resposta completa. Apesar das limitações do estudo, os resultados destacam a importância da avaliação sistemática da qualidade de vida para orientar decisões terapêuticas e estratégias de suporte que visem a preservação do bem-estar biopsicossocial dos pacientes.

ABORDAGEM WATCH AND WAIT NO CANCRO DO RETO LOCALMENTE AVANÇADO (LARC) – SÉRIE DE CASOS UNICÊNTRICA

Pedro Frazão; Pedro Nunes; Francisca Liz; Joana Moraes;
Marta D'orey; Maria Teresa Neves; José Pereira; Débora
Cardoso; Ana Cabral; Vasco Fonseca; Helena Miranda;
Ana Martins

ULS Lisboa Ocidental

Introdução: O atual *Standard of Care* do tratamento do ADC do reto localmente avançado centra-se na Terapêutica Neoadjuvante Total (TNT): tratamento multimodal de quimiorradioterapia (QRT) e quimioterapia (QT) neoadjuvantes e excisão total do mesorreto. Com elevada morbilidade e impacto permanente na qualidade de vida, sendo inegável a relevante morbilidade cirúrgica, tem vindo a ser investigada e progressivamente implementada uma estratégia de preservação de órgão, decisão criteriosa (clínica e patologicamente) e munida de um plano de vigilância exigente e rigoroso. Começam agora a surgir estudos de vida real dos *outcomes* prometidos em ensaio clínico: diminuição significativa da morbilidade sem compromisso dos ganhos em sobrevivência livre de doença e global.

Objetivos: Descrever a experiência institucional da estratégia WW em doentes com Cancro do Reto Localmente Avançado (LARC) e resposta clínica completa (cCR) após TNT, de acordo com o protocolo de tratamento do Cancro do Reto em vigência, em particular: os critérios de seleção para inclusão em WW; a metodologia de vigilância adotada; os resultados clínicos até momento dos 5 doentes incluídos de outubro de 2023 a dezembro de 2024, nomeadamente tempo até resposta completa, tempo de manutenção de resposta e ocorrência de recidivas.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo unicêntrico, de doentes que cumpriram protocolo WW com cCR, iniciado nos anos de 2024 e 2025. Foram incluídos doentes submetidos a quimiorradioterapia neoadjuvante, seguida ou antecedida de quimioterapia, que cumpriram os critérios clínicos e patológicos estabelecidos em protocolo, que atingiram cCR, e que não foram submetidos a excisão total do mesorreto. Foram excluídos doentes com resposta quase completa e que não cumpriram o plano como protocolado. O protocolo hospitalar WW, de 2023, compreende a consideração para a sua aplicação em doentes com adenocarcinoma do reto médio e distal, localmente avançado, de estágio II e III. Os doentes são submetidos, após estadiamento local por RM anorretal, à distância por TC, endoscópica por retossigmoidoscopia, clinicamente por toque retal e analiticamente com CEA, a quimiorradioterapia seguida ou antecedida de quimioterapia. Posteriormente à TNT, são submetidos a reavaliação para aferição de resposta completa que, ao verificar-se, isenta o doente de cirurgia, iniciando um plano pré-estabelecido de vigilância clínica, imagiológica e analítica. Foram recolhidos dados demográficos, clínicos

e patológicos, recorrendo ao processo clínico eletrónico, a 01/09/2025, e tratados através de estatística descritiva.

Resultados: De janeiro a dezembro de 2024, 5 doentes foram integrados na estratégia de WW, sendo 4 do sexo masculino, com uma mediana de idades ao início da TNT de 70 anos (45-83). Em termos de performance status, 3 doentes tinham ECOG-PS de 0, e o restante de 1. Os estádios clínicos variaram entre T2-N1 e T3ab-N1. Em termos do regime de tratamento, 4 dos doentes foram submetidos a QRT (Capecitabina/5-FU), seguida de QT de consolidação (CAPOX/FOLFOX). Um dos doentes realizou RT isolada em esquema curto seguida de QT consolidação com CAPOX (esquema RAPIDO), uma opção não protocolada. Os 4 cumpriram os timings de avaliação de resposta, com pequenas variações, nomeadamente clínica, endoscópica e imagiológica, e todos atingiram resposta clínica completa no fim da TNT. Mantiveram seguimento em oncologia e cirurgia geral, com cumprimento do plano de vigilância. Até à data de colheita dos dados, não foram registadas recidivas locais ou à distância, tendo 3 doentes cumprido a avaliação dos 12 meses e 1 doente dos 9 meses. Apesar de não realizado o tratamento protocolado, o doente que cumpriu esquema RAPIDO também se encontrava livre de recidiva.

Discussão: A estratégia WW em doentes com LARC e cCR após tratamento neoadjuvante tem sido validada em várias séries internacionais, mostrando taxas aceitáveis de recidiva local e bons resultados funcionais. Na nossa experiência, foi possível através de colaboração multidisciplinar (com destaque para os serviços de oncologia, cirurgia geral, gastroenterologia e radiologia), implementar um protocolo de tratamento e vigilância estruturado, que permitirá a deteção precoce de recidivas e a viabilização da cirurgia de *salvage*. No que diz respeito aos doentes estudados, de salientar a utilização em um dos doentes um esquema de RT curto, viabilizado pelo ensaio clínico RAPIDO, mas não considerado no protocolo por não garantir uma resposta igualmente duradoura, nem vantagem significativa em toxicidade.

A principal limitação prende-se com o reduzido número de doentes e tempo de *follow-up*.

Conclusões: Este grupo de doentes exemplifica a exequibilidade da estratégia *Watch and Wait*, sendo um ponto de partida para o crescimento das estratégias de preservação de órgão. Apesar do curto tempo de *follow-up* não permitir confirmar a segurança da estratégia, os dados são encorajadores e lançam o desafio de um estudo maduro e multicêntrico que valide a continuação desta abordagem em prática clínica.

REAL-WORLD OUTCOMES OF PERIOPERATIVE FLOT IN GASTRIC CANCER: FOCUS ON PATHOLOGICAL COMPLETE RESPONSE

Francisca Ferraz De Liz; Tania Duate; Tiago Pina Cabral; Margarida Lagarto; Vanessa Branco; Marta D'orey; Pedro Frazão; Joana Morais; Maria Teresa Neves; Susana Almeida; Débora Cardoso; Ana Martins

Hospital Francisco Xavier

Introduction: Gastric cancer is the 5th most common malignancy and the 5th leading cause of cancer-related mortality worldwide, though with considerable geographic variation. Perioperative chemotherapy with FLOT (5-fluorouracil, leucovorin, oxaliplatin, and docetaxel) has become the standard of care for locally advanced gastric cancer, based on the FLOT4-AIO trial, which demonstrated a pathological complete response (pCR) rate of 15% and survival benefit compared with ECF/ECX. Pathological response has been proposed as a surrogate of long-term outcomes, but real-world data outside clinical trials remain limited, particularly in Portuguese cohorts.

Objectives: To evaluate the rate of pathological complete response of patients with locally advanced gastric cancer treated with perioperative FLOT.

Material and Methods: We conducted a retrospective study of all patients with histologically confirmed locally advanced gastric adenocarcinoma treated with perioperative FLOT between January 2020 and December 2024. Baseline demographics, ECOG performance status, staging, chemotherapy completion rates, adverse events, surgical outcomes, histological subtype, and pathological response were collected. Pathological complete response was defined as absence of viable tumor cells in both the primary tumor and lymph nodes (ypT0N0).

Results: A total of 67 patients were identified, with a median age of 70 years; 61.2% were male (n=41). ECOG performance status was 0 in 80.6% (n=54) and 1 in 19.4% (n=13). Clinical stage at diagnosis: III in 41.8% (n=28), II in 26.9% (n=18), and I in 6.0% (n=4).

Regarding chemotherapy completion, 19.4% (n=13) did not complete preoperative FLOT (7.5% due to death, 11.9% due to toxicity). Similarly, 19.4% (n=13) did not complete postoperative FLOT (7.5% due to death, 4.5% due to progression). Treatment-related toxicity was observed in 89.6% (n=60), with the most common adverse events (all grades) being diarrhea, asthenia, neutropenia, nausea, and peripheral neuropathy. Grade ≥ 3 toxicities were mainly diarrhea, asthenia, and neutropenia. Surgery was performed in 88.1% of patients. Pathological complete response was achieved in 10.4% (n=7), partial response in 34.3% (n=23), while 3.0% (n=2) progressed. Histology revealed 61.2% intestinal and 40.3% diffuse subtype, with signet ring cells in 20.9%. During follow-up, 16.4% of patients (n=11) experienced disease recurrence.

Discussion: The observed pCR rate (10.4%) was lower than that reported in FLOT4 (15%). Several factors may contribute, including real-world heterogeneity, higher prevalence of diffuse histology and signet ring cell carcinoma, and treatment discontinuation due to toxicity. Despite this, surgical resection rates remained high, and pathological responses were comparable to other published real-world series. The high incidence of toxicity highlights the need for careful selection and supportive management in clinical practice.

Conclusions: This study provides real-world evidence on perioperative FLOT in Portuguese gastric cancer patients, confirming its feasibility but underscoring challenges with toxicity and completion rates. While pathological response was lower than in pivotal trials, FLOT remains a cornerstone of perioperative management. Future strategies should address histological heterogeneity, toxicity mitigation, and multidisciplinary optimization to improve outcomes.

